regards

PROTECTION SOCIALE

N°56
MARS
2020

DOSSIER
TERRITOIRE(S) ET PROTECTION SOCIALE

GRAND TÉMOIN
XAVIER BERTRAND

en3s
ÉCOLE DES DIRIGEANTS DE LA PROTECTION SOCIALE

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

regards
PROTECTION SOCIALE

N° 56
MARS
2020

DOSSIER
TERRITOIRE(S)
ET PROTECTION SOCIALE
> 13

GRAND TÉMOIN
XAVIER BERTRAND
> 15

Revue bi-annuelle publiée par
l'École nationale supérieure de Sécurité sociale

27 rue des docteurs Charcot
CS 13132
42031 Saint-Étienne cedex 2
Tél : +33(0)4 77 81 15 15
www.en3s.fr

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

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

Création de la maquette : Agence Chromatiques, Paris
Mise en page de ce numéro : Agence Chromatiques, Paris

Achevé d'imprimer en mars 2020
sur les presses de LUCKY imprimerie
32, rue des Bruyasses
42160 SAINT-CYPRIEN
Numéro SIREN : 377593 918
Dépôt légal : 1er trimestre 2020

COORDINATION ÉDITORIALE

Président

Dominique LIBAULT	Directeur général de l'EN3S et Président du Haut-conseil au financement de la protection sociale

Membres

Dominique Polton	Conseillère scientifique de l'EN3S
Julien Damon	Conseiller scientifique de l'EN3S
Michel Borgetto	Professeur des universités à l'Université Paris 2 – Panthéon Assas et Directeur du Centre d'études et de recherches de sciences administratives et politiques, membre du Conseil d'orientation scientifique de l'EN3S
Marie Rappy	Directrice adjointe de l'EN3S
Gilles Nezosi	Directeur de la formation continue de l'EN3S
Pauline Garé	Cheffe de projets protection sociale à l'EN3S

SOMMAIRE

11 ÉDITO
Par Dominique LIBAULT, Directeur de l'EN3S

13 DOSSIER CENTRAL : TERRITOIRE(S) ET PROTECTION SOCIALE

15 GRAND TÉMOIN
Xavier BERTRAND, Président de la région Hauts-de-France

23 PARTIE A : TERRITOIRE ET SOLIDARITÉ

23 L'impact de la protection sociale et de son financement sur la distribution territoriale des revenus
Laurent CAUSSAT, Ancien secrétaire général du Haut Conseil du financement de la protection sociale

41 L'expérimentation « territoires zéro chômeur de longue durée »
Pierre-Yves VERKINDT, Professeur émérite à l'École de droit de la Sorbonne

51 La décentralisation des politiques sociales en question(s)
Michel BORGETTO, Professeur à l'Université Paris 2 (Panthéon-Assas), Cersa (Paris 2/CNRS)

67 Une nouvelle dynamique des solidarités dans le département des Hauts de Seine depuis juillet 2019
Élodie CLAIR, Directrice générale adjointe en charge des solidarités au conseil départemental des Hauts-de-Seine et Arnaud LOPEZ, Directeur des Solidarités territoriales au pôle Solidarités du conseil départemental des Hauts-de-Seine

81 PARTIE B : TERRITOIRES ET SANTÉ

81 CPTS et territoire
Claude LEICHER, Président de la Fédération des CPTS

93 Retour d'expérience : la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du 13ème arrondissement de Paris
Hector FALCOFF, Médecin généraliste, président du CA, Anne-Laure GASSE, Diététicienne, coordinatrice, Yasmine BERRAHO-BUNDHOO, Diététicienne, coordinatrice, Sophie DUBOIS, Pharmacienne, directrice.

105 10 ans d'ARS : quel bilan d'une forme de déconcentration régionale ?
Claude EVIN, Avocat associé chez Houdart et Associés, ancien Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, préfigurateur et premier directeur de l'ARS Île-de-France

117 Territoires et innovations dans les services de santé, une illustration à partir des expérimentations de l'article 51
Frédéric BOUSQUET, Chargé de mission auprès du directeur de la stratégie, des études et des statistiques à la Caisse nationale de l'assurance maladie

139 Partie C : Recouvrement et contrôle sur le territoire

139 Territoires et recouvrement : comment les Urssaf prennent-elles en compte les territoires dans leurs actions ?
Pierre RAMON-BALDIÉ, Directeur adjoint de l'Urssaf Rhône-Alpes

159 Partie D : Organismes de protection sociale et territoires

159 L'action territoriale des Caf : entre repositionnement et rééquilibrage
Julien ORLANDINI, Directeur de la Caisse d'allocations familiales du Var

173 Les coopérations en interbranche : une démarche innovante mais exigeante pour assurer l'effectivité et la longévité des initiatives locales
Lisa CEGLIE, Sébastien ROLLAND et Arnaud VILLEVIEILLE, Élèves de la 58ème promotion de l'EN3S.

185 La contribution territoriale des Caf des DOM : la recentralisation du RSA au 1er janvier 2020 à la Réunion
Frédéric TURBLIN, Directeur de la Caisse d'allocations familiales de la Réunion

195 **La protection sociale dans les collectivités d'outre-mer – l'exemple de la CAFAT de Nouvelle-Calédonie**
Laurent TOLMÉ, Adjoint au directeur de la branche recouvrement de la Cafat de Nouvelle-Calédonie

207 **ECLAIRAGE**

209 **Parents31, l'innovation partenariale au service d'une politique en déploiement**
Marianne CARIOU, Sous-directrice en charge du Service aux Partenaires à la Caisse d'allocations familiales de la Haute-Garonne

221 **BIBLIOGRAPHIE ET NOTES DE LECTURE**

223 **Bibliographie**

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

ÉDITO

Par **Dominique LIBAULT,** Directeur général de l'EN3S

La protection sociale peut de moins en moins être réduite à des seules prestations monétaires.

Elle s'incarne de plus en plus dans des services : soit des services solvabilisés par la protection sociale – garde d'enfants, services de santé, maintien à domicile des personnes âgées…– , soit des services d'accompagnement réalisés par le service public de sécurité sociale, tout seul ou en partenariat (PFIDASS, accompagnement insertion, personnes précaires, accompagnement réinsertion professionnelle, accompagnement recherche d'emploi, prévention santé…).

Quel que soit l'apport – tout à fait appréciable – du numérique, les services doivent quasiment nécessairement s'incarner à un moment par des services rendu par des personnes qualifiées, à proximité du lieu de la vie de la personne.

Ils ont vocation de plus en plus à ne pas être ponctuels, « quand cela va mal », mais à accompagner ces personnes dans des « parcours » : parcours d'insertion, de santé, d'autonomie.

La conjonction du vieillissement de la population, de la démographie médicale, du manque d'attractivité des professions du domicile et du grand âge, de l'acuité de la question de l'accès à ces services de proximité (simplicité, disponibilité, coordination…), sans renier l'égalité « monétaire » assurée par la solidarité nationale, amène inéluctablement à devoir construire ou reconstruire, dans des délais rapprochés, une protection sociale territorialisée tenant compte des spécificités de chaque territoire.

Ceci amène évidemment beaucoup de questions, y compris sur le rôle et l'articulation de chacun des acteurs ; sur l'organisation interne de la sécurité sociale : la question de la relation caisse nationale / caisse de base ; la question du partenariat territorial interbranches y compris Pôle emploi qui devra être à l'ordre du jour des futures Cog. Une plus grande transversalité est aujourd'hui indispensable, qui doit être compatible avec une plus grande « autonomie » territoriale, sur des champs à bien identifier, et sans remettre en cause l'intérêt d'un modèle de « production » national.

DOSSIER CENTRAL
TERRITOIRE(S) ET PROTECTION SOCIALE

15 GRAND TÉMOIN

23 PARTIE A : TERRITOIRE ET SOLIDARITÉ

81 PARTIE B : TERRITOIRES ET SANTÉ

139 PARTIE C : RECOUVREMENT ET CONTRÔLE SUR LE TERRITOIRE

159 PARTIE D : ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE ET TERRITOIRES

GRAND TÉMOIN

Interview réalisée par Dominique LIBAULT, Directeur général de l'EN3S

Xavier BERTRAND,
Président de la région Hauts-de-France

Titulaire d'une maîtrise de droit public ainsi que d'un diplôme d'études supérieures spécialisées en administration locale, Xavier Bertrand a exercé la profession d'agent d'assurance. Militant politique au RPR dès ses 16 ans, il devient assistant parlementaire au Sénat en 1987 pour un Sénateur de l'Aisne puis Adjoint au Maire de la ville de Saint-Quentin en 1995. En 1998, il devient conseiller général de l'Aisne puis député de la 2e circonscription de l'Aisne aux éditions législatives. En 2004, il est nommé Secrétaire d'État chargé de l'Assurance maladie. Il est nommé Ministre de la Santé en 2005 avant d'être nommé Ministre du Travail, poste qu'il occupera de 2007 à 2009. Il est ensuite nommé Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé de 2010 à 2012. Il est élu Maire de Saint-Quentin en 2010 puis réélu député de la 2ème circonscription de l'Aisne en 2012. C'est au cours de cette année 2012 qu'il a créé La Manufacture, un *think tank* collaboratif qui vise à faire émerger des solutions concrètes issues de la connaissance des territoires. En décembre 2015, il devient le premier Président de la région Hauts-de-France issue de la fusion des régions Nord – Pas de Calais et Picardie et se consacre depuis au projet « Notre Région au travail ».

M. LIBAULT

Vous avez été ministre de la Santé puis ministre du Travail. À ce titre, vous avez abordé les questions de protection sociale au niveau national aussi bien sous l'angle de la santé et de la retraite que sous celui du chômage. Aujourd'hui, en tant que président de Région, vous avez une autre approche de ces sujets. Quelle est-elle ? La protection sociale française a été construite au niveau national. Elle se caractérise par l'importance des transferts monétaires qu'elle organise. Néanmoins, une partie de la population estime que ses besoins ne sont pas satisfaits par ces transferts et revendique des services de proximité. Comment percevez-vous ce paradoxe de la protection sociale française ?

M. BERTRAND

Je ne changerai pas d'avis sur le fait que l'État doit assumer son rôle dans un domaine que je considère comme régalien : l'État doit protéger, éduquer et soigner. Il doit être à la fois opérateur et régulateur. C'est la stratégie de l'État qui fait défaut aujourd'hui. Je ne suis pas partisan du désengagement de

l'État. Je plaide en revanche pour une nouvelle donne, fondée sur la confiance contractualisée et évaluée, entre l'État et les territoires. Notre système social subit une pression budgétaire et comptable d'autant plus insoutenable et incompréhensible par toutes les parties prenantes qu'elle n'est appuyée sur aucune stratégie insoutenable. De surcroît, j'estime qu'il n'est possible de bien gérer que de près. Ceci vaut non seulement pour l'État, mais aussi pour ce qui concerne la répartition entre l'État et les collectivités territoriales. Je pose ainsi un double enjeu qui nécessite une réponse dans ses deux dimensions : celle de la déconcentration et celle de la décentralisation. Ma réflexion peut se résumer par les termes suivants : vision stratégique, affectation des ressources, déconcentration, compétences respectives de l'État et des collectivités territoriales.

M. LIBAULT

De façon plus précise, comment établissez-vous la distinction entre le rôle de l'État et celui des collectivités territoriales ? Selon les risques ? Ou considérez-vous plutôt que la différence se situe entre la redistribution monétaire avec, d'une part, un État qui définit les conditions de remboursement des dépenses de santé et qui assure le service des retraites et, d'autre part, l'organisation des services, qui relèverait des collectivités territoriales ?

M. BERTRAND

Une nouvelle donne territoriale n'apporterait rien s'agissant de la retraite. Pour les allocations familiales, nous pourrions certes évoquer la relation entre les collectivités territoriales qui interviennent dans le domaine social et les Caf mais je considère que la politique familiale est de nature différente. Par ses conséquences sur l'équilibre de notre société, c'est plus une politique publique au sens complet du terme qu'une politique sociale. Nous pourrions, certes, évoquer la gestion des établissements qui accueillent les personnes âgées en perte d'autonomie, mais je suggère que nous nous concentrions sur la santé. D'abord parce que c'est un sujet majeur de préoccupation pour nos concitoyens et ensuite parce que c'est un domaine de l'action publique dans lequel il y a des marges d'amélioration dont une nouvelle organisation territoriale fait partie.

En 2004, lorsque j'étais secrétaire d'État chargé de l'Assurance maladie, pendant le débat parlementaire sur la réforme de l'Assurance maladie, je m'étais opposé à Pierre Méhaignerie – de qui je suis pourtant proche – sur la mise en place d'un ORDAM [1]. J'avais en effet le sentiment qu'il était important de pouvoir disposer d'une vision de l'ensemble du système d'assurance maladie quant au respect de l'ONDAM ; ce dernier devant être à la fois compatible avec les enjeux budgétaires et aussi réaliste que possible. J'avais alors considéré que l'ORDAM posait des problèmes de principe, notamment parce qu'il risquait de se traduire par une concurrence entre les territoires. Ce jugement venait de ce qu'à l'époque, je n'avais pas une juste perception des Régions ; étant entendu qu'il s'agissait des Régions d'avant la loi NOTRe de 2015. Pierre Méhaignerie avait raison, mais trop tôt.

Je n'ai toutefois pas complètement changé d'avis. J'estime qu'il convient d'adapter les dispositifs. Je préconise la coexistence de l'ONDAM et de l'ORDAM,

1 Objectif régional de dépenses d'assurance maladie

ce qui permettrait de mieux s'adapter aux besoins et de développer la politique de santé de proximité qui nous fait cruellement défaut. Pour couper court à une critique de désengagement de l'État, l'ORDAM ne pourrait être mis en place que si les collectivités territoriales, au premier rang desquelles la Région, s'engageaient à cofinancer une politique de santé encore plus ambitieuse

Ainsi, la politique de santé ne pourrait donc être régionalisée que si les collectivités territoriales étaient prêtes à s'engager pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie élaborée conjointement avec l'État. Dans ce cadre, les ARS s'occuperaient avant tout des établissements hospitaliers, publics et privés et la gestion du risque de proximité, lequel reste à définir précisément, reviendrait à la Région. Cette répartition pourrait d'abord faire l'objet d'une expérimentation que je souhaite vivement pouvoir conduire dans la Région des Hauts-de-France. Une telle opération suppose une concertation approfondie. La Ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn alors, affirmait qu'un tel dispositif allait susciter une concurrence entre les territoires. En pratique, ce n'est pas là que le problème se situe.

Ainsi, ma région est celle qui présente les déterminants de santé les plus défavorables. Or, personne au niveau national ne se préoccupe de cette question et la solidarité nationale en faveur des Hauts-de-France n'existe que dans les mots. Si les collectivités territoriales étaient en mesure de s'engager, je suis convaincu que nous pourrions démontrer qu'il n'y a aucune fatalité concernant les données sanitaires des Hauts-de-France. Je demande « juste » à pouvoir valider sur preuves une conviction qui est pour moi très forte.

Cette redistribution des compétences entre l'État et les collectivités territoriales nous donnerait aussi l'occasion de revoir le modèle des ARS, qui n'est plus adapté, et ce pour plusieurs raisons dont leur taille.

M. LIBAULT

En particulier depuis la mise en place des grandes Régions et des grandes ARS.

M. BERTRAND

La réforme territoriale s'est accompagnée d'une recentralisation régionale. Les ARS se sont éloignées du terrain et des besoins de santé parce que l'échelon départemental n'a pas été renforcé. Ceci n'était pas inéluctable. Le redécoupage régional n'empêche pas a priori que l'action de l'État se déroule dans un cadre d'hyper-proximité. Dans les Hauts-de-France, le Conseil régional siège à Lille. Il est cependant plus présent qu'il ne l'était à l'époque des anciennes Régions parce que nous avons conservé des activités à Amiens et ouvert des antennes de proximité. Grandes Régions et proximité peuvent aller de pair.

Il faut également parler du positionnement des ARS par rapport aux préfets. Nous l'avons vu à l'occasion de l'incendie de l'usine Lubrizol à Rouen : très vite c'est le préfet qui est monté en première ligne, alors que ça aurait dû être l'ARS. L'absence de lien direct entre le préfet et le directeur général de l'ARS est vraiment problématique et source d'inefficacité.

Enfin, les ARS sont soumises depuis de plusieurs années à une pression budgétaire croissante, qui les oblige à avoir une vision purement comptable de leurs fonctions.

M. LIBAULT

Pour la santé, vous préconisez des reclassements entre l'État et la Région. Estimez-vous qu'il convient par ailleurs de réfléchir à une réorganisation entre les différents niveaux des collectivités territoriales ? Je pense évidemment à la prise en charge de la dépendance, qui relève aujourd'hui plutôt de la compétence des Départements.

M. BERTRAND

Je plaide pour le rapprochement et l'intégration du Département et de la Région par leurs élus. Le Conseil régional et le Conseil départemental pourraient former la même entité, composée des mêmes élus, les conseillers départementaux devenant conseillers régionaux. Pour les Hauts-de-France, des conseillers issus des cinq départements pourraient constituer le Conseil régional, plus ou moins sur le modèle de la commission permanente. Ce dispositif améliorerait la cohérence entre les politiques, par exemple entre les politiques de santé et de dépendance, et favoriserait le déploiement d'actions globales et plus cohérentes.

M. LIBAULT

Lors de la concertation que j'ai menée sur le grand âge et l'autonomie, j'ai constaté une forte demande de services de proximité, qui ne peut se traduire que par la territorialisation de la protection sociale. J'ai par ailleurs entendu, de la part des acteurs et en particulier des acteurs des services à domicile, de nombreuses critiques portant sur l'hétérogénéité des politiques départementales ainsi qu'une revendication de traitement équitable. Comment concilier la demande territoriale avec la demande d'équité ?

M. BERTRAND

Je suis convaincu que la nouvelle donne que je propose permet de mieux concilier ces deux exigences.

M. LIBAULT

Si par exemple les Régions disposaient de leviers leur permettant de respecter l'ORDAM, les médecins pourraient-ils d'après vous être rémunérés différemment selon les régions ?

M. BERTRAND

Une nouvelle forme de contractualisation est imaginable. En tout état de cause, nous devons nous reposer les questions de fond. Notre système a été initialement construit sur la base des soins aigus. Or, les maladies chroniques sont devenues une problématique majeure. Même si les professionnels de santé sont attachés au maintien – au moins partiel – de la tarification à l'acte, il convient de s'engager dans une contractualisation autorisant la diversification de la rémunération. Cette évolution est engagée depuis longtemps et progresse régulièrement. Elle ne se heurte plus aux mêmes blocages, souvent psychologiques. Dans les Hauts-de-France, où il faudrait mettre l'accent sur la prévention pour améliorer le niveau des déterminants de santé, les collectivités territoriales, et notamment les Régions, devraient pouvoir contractualiser avec les professionnels de santé qui s'engagent dans la prévention. Il serait particu-

lièrement opportun au sens d'utile pour les habitants que les Régions puissent financer la santé, dans certains domaines et au-delà d'un certain niveau défini au niveau national.

Quoi qu'il en soit, les dépenses de santé ne diminueront pas dans les prochaines années. Des économies peuvent certainement être réalisées mais elles devront être totalement réaffectées à la santé. Les maladies chroniques, les nouvelles thérapies et l'aspiration à l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé ne peuvent que susciter l'augmentation des dépenses de santé. S'agissant de l'espérance de vie en bonne santé, la France recule depuis plusieurs années. Or, l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé constitue une réponse au problème du vieillissement et de la dépendance. L'investissement dans la prévention doit être massif. S'il n'est pas source d'économies, il peut engendrer la responsabilisation, laquelle peut modifier les comportements et avoir des effets sur l'évolution des dépenses.

M. LIBAULT

Et en matière de chômage et d'emploi ?

M. BERTRAND

Le retour à l'emploi est l'un de nos plus grands échecs. La question n'a jamais été traitée sérieusement et la dernière réforme est purement comptable. Elle met en avant le principe simple selon lequel il n'est pas possible de percevoir plus en étant au chômage qu'en activité. Dans le même temps, elle fragilise de nombreux demandeurs d'emploi auxquels aucune solution n'aura été proposée faute d'un nombre suffisant de créations d'emplois.

Le dispositif français se limite à indemniser la perte d'emploi mais il n'assure pas le retour à l'emploi.

Je suis convaincu que cet échec n'est pas non plus une fatalité. Il faut favoriser le retour à l'emploi par tous les moyens possibles. Je suis partisan d'une logique d'équilibre entre droits et devoirs. Le système de protection sociale doit avant tout tendre la main, c'est-à-dire proposer un emploi ou une formation. Il importe également de lever les obstacles à la reprise de l'emploi. C'est ce que je fais dans les Hauts-de-France, avec l'aide à la garde d'enfants, l'aide au transport, la location aux chômeurs qui retrouvent un emploi de voitures à 2 € par jour, etc. Inversement, lorsque l'offre d'emploi est sérieuse, il faut avoir le courage de réagir quand il y a des abus.

M. LIBAULT

Jugez-vous les relations entre la Région et Pôle Emploi satisfaisantes ?

M. BERTRAND

Dans la région Hauts-de-France, Pôle Emploi a craint de devoir affronter la concurrence de Proch'Emploi, ce que je n'ai pas voulu, et nous parvenons à réaliser un travail commun de qualité. Je demande que la logique de la loi de 2015 soit appliquée totalement et je souhaite devenir le « patron » non pas de Pôle Emploi mais des politiques de l'emploi dans la région.

Lors de la crise majeure que la France a traversée en 2008, il n'y a pas eu de retard dans le versement des indemnités. Il convient en revanche de s'interroger

sur les priorités de Pôle Emploi et sur le niveau de la déconcentration entre le niveau régional et les agences locales. Par ailleurs, malgré la convention conclue dans le cadre du plan d'investissement dans les compétences (PIC), la Région ne finance que certaines des formations dont les demandeurs d'emploi ont besoin, les autres actions étant financées par Pôle Emploi. Par conséquent, lorsque la Région décide de mettre fin aux formations dont l'efficacité est limitée en termes d'insertion professionnelle, Pôle Emploi peut décider de ne pas appliquer la même politique. Où est la cohérence ? C'est pourquoi je souhaite que la logique de la loi de 2015 soit appliquée complètement.

Il faut aussi se demander qui s'occupera le mieux des personnes les plus éloignées de l'emploi.

Si le gouvernement n'est pas suffisamment audacieux, je souhaite que, au titre de l'expérimentation, il soit possible d'agir au niveau régional. J'ai été ministre du Travail, je suis aujourd'hui président de Région. Je suis convaincu qu'il existe de vrais leviers.

M. LIBAULT

Venons-en à la conclusion ! Les enjeux que nous venons d'aborder vous semblent-ils fondamentaux pour la relation de confiance entre les citoyens et les institutions publiques ?

M. BERTRAND

Je suis persuadé qu'ils le sont. Je pense que la priorité est de redéfinir le rôle de l'État et les relations entre l'État et les entreprises, l'État et les collectivités territoriales, l'État et les territoires, l'État et la société civile (corps intermédiaires, associations, citoyens, etc.), l'État et l'Europe doivent être réinventées.

S'agissant des dépenses sociales, il ne s'agit pas de les réduire de manière comptable. Au contraire, nous devons préserver notre modèle social, le modèle français. Mais il faut le moderniser et l'adapter à notre époque. Or plus personne n'a de vision stratégique à ce sujet. Je redoute une évolution pernicieuse à l'anglo-saxonne, qui nous éloignerait de ce qui fait l'identité de la France. Le système français de solidarité nationale issu du Conseil national de la Résistance forme un tissu invisible qui unit nos concitoyens. Nous n'avons malheureusement pas été suffisamment conscients du fait que ce système pouvait évoluer dans le sens pernicieux de l'assistanat. Si nous ne le modernisons pas, tout en restant fidèles aux principes du Conseil national de la Résistance, nous perdrons notre identité.

Il faut aussi intégrer un autre angle de réflexion : celui de la promotion sociale. La mobilité sociale ne fonctionne plus en France. Six générations sont désormais nécessaires pour changer de catégorie sociale. La Hongrie, où il en faut sept, est le seul pays à avoir de plus mauvais résultats ! Ce constat est d'autant plus tragique que la situation n'a pas toujours été celle-ci dans notre pays et que l'absence de promotion sociale alimente le sentiment de déclassement, fait douter de ce qui a longtemps été un moteur : la certitude que nos enfants auraient un avenir meilleur que le nôtre et accentue les inégalités. Ces dernières ne se situent pas seulement entre les personnes qui ont un emploi et celles qui n'en ont pas. La crise des « gilets jaunes » a mis en évidence que même les personnes qui ont un emploi ne parviennent plus toutes à vivre dignement.

Si nous laissons persister ces inégalités, notre pays risque l'explosion sociale. J'agis dans le domaine de la protection sociale depuis une quinzaine d'années. J'essaie d'être fidèle à des principes et des valeurs tout en repensant le système sans être prisonnier des raisonnements passés. Les principes d'universalité et de solidarité ne sauraient être battus en brèche. Nous sommes en France, pas au Royaume-Uni ni aux États-Unis ou même en Allemagne. Nos principes et nos valeurs, ainsi qu'un certain sens du collectif et de l'intérêt général, doivent absolument être préservés. C'est notre pacte social et, pour moi, il n'est pas négociable.

PARTIE A : TERRITOIRE ET SOLIDARITÉ

L'impact de la protection sociale et de son financement sur la distribution territoriale des revenus

Par **Laurent Caussat**, Ancien secrétaire général du Haut Conseil du financement de la protection sociale

Laurent Caussat a rejoint l'Inspection générale des affaires sociales en décembre 2015, et y a rédigé depuis lors plusieurs rapports, la plupart en lien avec les politiques publiques de protection sociale. Statisticien-économiste de formation, il a occupé différentes responsabilités à l'Insee (de 1985 à 1998), au Commissariat général du plan (aujourd'hui France Stratégie, de 1988 à 1991), au Conseil d'analyse économique (de 1998 à 2000), puis au sein des ministères sociaux : en cabinets ministériels (de 1992 à 1993 et de 2000 à 2002), à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (de 2002 à 2007), et à la Direction de la sécurité sociale (de 2007 à 2012). De 2012 à 2015, Laurent Caussat a été secrétaire général du Haut Conseil du financement de la protection sociale.

Les dispositifs de protection sociale ont pour vocation de soutenir le revenu de personnes ou familles qui sont affectées par certains risques (vieillesse, invalidité, accidents du travail, chômage, maladie…) ou par certaines situations sociales (charges d'éducation des enfants, coût élevé du logement locatif, handicap, pauvreté ou précarité…).

Ils ont également pour caractéristique saillante d'être financés au moyen de ressources essentiellement affectées et dont les assiettes se composent pour une part décisive des revenus d'activité, sous l'effet du poids important des cotisations sociales et de la contribution sociale généralisée (CSG).

Par conséquent, en sus des transferts de revenus qu'elle induit entre les personnes préservées des risques et des situations précédentes et celles qui sont affectées par

eux (« redistribution horizontale »), et en complément de la contribution qu'elle réalise à la réduction des inégalités de revenu du fait de la distribution des prestations et des prélèvements sociaux selon les caractéristiques socio-économiques des allocataires et des cotisants (« redistribution verticale »), la protection sociale opère une réallocation des revenus entre les territoires. En effet, elle verse des prestations sociales au lieu de résidence des bénéficiaires, et elle prélève les cotisations et contributions sociales au lieu d'emploi des cotisants : or il n'y a aucune raison que les lieux géographiques coïncident, et au contraire on observe une polarisation croissante des emplois dans un nombre limité de lieux concentrant la main-d'œuvre, des infrastructures et des centres de formation et de recherche.

Cette « redistribution territoriale » n'est certainement pas recherchée pour elle-même. À l'exception peut-être du cas de certaines stratégies de localisation d'établissements ou de services, notamment dans le secteur médical et médico-social, les dispositifs de protection sociale sont définis au niveau national. Il est cependant important de l'observer et de la quantifier, car, en dépit de son caractère de « produit fatal » de la protection sociale, d'une part son amplitude doit être prise en compte dans la conception des politiques publiques d'aménagement du territoire, et d'autre part elle soulève divers questionnements pour les politiques sociales elles-mêmes, notamment les politiques sociales décentralisées.

Le Haut Conseil du financement de la protection sociale – instance de concertation regroupant parlementaires, partenaires sociaux, administrations, régimes de protection sociale et personnalités qualifiées sur les enjeux du niveau et de la structure des ressources qui permettent d'équilibrer les dépenses de protection sociale – a consacré en 2015 un rapport à l'impact de la protection sociale et de son financement sur la distribution territoriale des revenus[1]. Le présent article en résume les principales analyses et conclusions. Il expose tout d'abord brièvement la méthodologie de mesure de l'impact de la protection sociale sur la distribution territoriale des revenus (I), puis présente la géographie d'ensemble des recettes et des dépenses de protection sociale (II). Il propose ensuite une partition en quatre groupes de territoires au regard de l'impact des flux de protection sociale sur les revenus de leurs résidents (III), et dégage quelques enseignements finaux pour les politiques publiques sociales et de cohésion entre les territoires (IV).

.

I - UNE MESURE DES TRANSFERTS ENTRE TERRITOIRES LIÉS À LA PROTECTION SOCIALE

I.1/ Principes d'une appréhension territorialisée des dépenses et des recettes de la protection sociale

Le rapport précité du Haut Conseil du financement de la protection sociale s'est attelé à objectiver l'impact de la protection sociale sur la distribution territoriale des revenus, en posant deux principes de base :

1 Haut Conseil du financement de la protection sociale, « L'impact de la protection sociale et de son financement sur la distribution territoriale des revenus », novembre 2015 ; consultable à la page Web suivante : https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCFIPS/2015/RAPPORT/HCFIPS-2015-RAPPORT--RAPPORT_TERRITORIAL.pdf).

- c'est l'ensemble de la protection sociale et de son financement dont il faut tenter de localiser les flux financiers, c'est-à-dire non seulement les dépenses et recettes des régimes de base de sécurité sociale, mais également celles de l'assurance chômage, des régimes obligatoires de retraite complémentaire, et même des régimes facultatifs (prévoyance et couverture complémentaire maladie, prestations extra-légales versées directement par les employeurs, etc.) ; en termes statistiques, le périmètre à considérer est celui des comptes de la protection sociale établis annuellement par la Drees[2] ; le tableau 1 suivant présente le compte emplois-ressources agrégé de la protection sociale pour 2012, qui a servi de base aux calculs réalisés par le Haut Conseil ;

Tableau 1. Emplois et ressources de la protection sociale en 2012 (en Md€)

Emplois (hors transferts)	**695,0**
Prestations de protectionsociale	652,9
– dont santé	226,5
– dont vieillesse-survie	298,3
– dont maternité-famille	55,7
– dont emploi	39,8
– dont logement	17,0
– dont pauvreté-exclusion sociale	15,7
Autre emplois (frais de gestion, frais financiers…)	42,0
Ressources (hors transferts)	**691,5**
Cotisations effectives	374,2
Cotisations imputées	53,6
Impôts et taxes affectés	172,3
Contributions publiques	69,4
Autres recettes (roduits financiers, subventions…)	21,9

Source : Drees, comptes de la protection sociale.

- compte tenu des sources statistiques disponibles, le département s'avère être le niveau le plus acceptable de localisation des dépenses et des recettes de protection sociale ; certes, il n'est pas entièrement convaincant en termes d'homogénéité du territoire qu'il délimite, si l'on songe en particulier à des départements de grande taille qui regroupent autour d'une grande métropole de vastes zones rurales, ou qui peuvent regrouper ensemble des bordures littorales porteuses d'un certain dynamisme économique grâce au développement du tourisme et des territoires intérieurs marqués par le déclin d'activité industrielles anciennes ; cependant, une décomposition des flux financiers de la protection sociale au niveau départemental permet d'exploiter une variabilité socio-économique importante existant entre les 96 départements métropolitains – l'Outre-merayant été exclu de

2 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des solidarités et de la santé.

l'analyse quantitative menée par le Haut Conseil du financement de la protection sociale -, bien supérieure à celle dont l'on disposerait à un niveau de décomposition simplement régional ; enfin, et surtout, le département reste la circonscription la plus pertinente pour une appréhension territorialisée des enjeux des politiques sociales du fait de la compétence sociale importante dévolue aux conseils départementaux.

I.2/ Méthodologie de la décomposition des recettes et des dépenses de protection sociale au niveau départemental

L'encadré 1 ci-après résume le protocole retenu par le Haut Conseil du financement de la protection sociale afin de mener à bien une décomposition des dépenses et des recettes de protection sociale au niveau départemental.

Encadré 1

Méthodologie de la décomposition départementale des recettes et des dépenses de protection sociale

La méthode retenue par le Haut Conseil du financement de la protection sociale a constitué à distinguer trois catégories de flux. En premier lieu, ont été identifiés ceux pour lesquels un régime ou une administration dispose de données départementalisées couvrant une part très significative d'un poste de recettes ou de dépenses donné – par exemple, les régimes général et agricole pour les cotisations et contributions sociales (données de l'Acoss et de la Ccmsa), ou pour les prestations en nature d'assurance maladie (données de la CNAM), ou la source fiscale pour les pensions de retraite. Le choix a alors été fait d'extrapoler la distribution territoriale de l'ensemble du poste considéré à partir de la ventilation départementale disponible auprès de ce régime ou de cette administration ; cette première stratégie a permis de décomposer au niveau départemental plus de 60 % de l'ensemble des recettes et plus de 90 % de l'ensemble des dépenses.

En second lieu, des traitements spécifiques ont été apportés aux flux pour lesquels des données départementalisées ne sont pas directement disponibles, mais peuvent être approchées au moyen de variables auxiliaires ; à cet égard, trois opérations ont été conduites par le Haut Conseil du financement de la protection sociale :

- en ce qui concerne les recettes, une estimation de la distribution départementale de la CSG sur les revenus de remplacement à partir des données de source fiscale sur les pensions de retraite, et des droits sur les alcools à partir des données de consommation établies au niveau départemental par l'ex Institut national de prévention et d'éducation à la santé[3] ;
- en ce qui concerne les dépenses, une estimation des remboursements des organismes complémentaires à partir des restes à charge pour lesquels la CNAM dispose de données départementalisées.

3 Aujourd'hui Santé publique France.

Ces opérations complémentaires ont permis de valider l'extrapolation à la distribution départementale d'un ensemble d'agrégats des comptes de la protection sociale couvrant 86 % de l'ensemble des recettes (575,7 Md€ sur 691,5 Md€ en 2012) et 94 % des dépenses (653,1 Md€ sur 695,1 en 2012).

Il en découle en troisième lieu que 16% environ des recettes de la protection sociale n'ont pu être décomposées au niveau départemental : il s'agit des « cotisations sociales imputées » représentant la contrevaleur des prestations que certains employeurs privés et publics versent directement à leurs salariés, des concours de l'État au titre de la prise en charge de certaines dépenses de protection sociale ou de subventions d'équilibre[4] à certains régimes de protection sociale, ainsi que les produits financiers et autres recettes ; de même, du côté des dépenses, seuls les frais de gestion et financiers n'ont pu être répartis au niveau départemental.

La première question qui se posait pour réaliser une allocation des recettes et des dépenses de protection sociale entre les 96 départements métropolitains était celle de la reconstitution des agrégats présentés dans les comptes de la protection sociale de la Drees, sachant que ce sont les régimes de protection sociale qui disposent de données départementalisées, et qu'il n'était pas possible de collationner ces données pour l'ensemble des régimes, ni même seulement pour les plus significatifs d'entre eux. Quelque incomplets que soient les périmètres de recettes et de dépenses localisées obtenus à l'issue de la mise en œuvre de cette méthodologie, le poids déterminant de certaines recettes (cotisations et contributions sociales) et dépenses (prestations en nature d'assurance maladie, paiements aux hôpitaux, pensions de retraite, prestations familiales et de logement, assurance chômage) pour lesquels des données localisées solides couvrant un périmètre déjà large sont disponibles permet d'estimer que cette méthodologie fournit une approximation satisfaisante des transferts entre départements induits par les flux de protection sociale.

La seconde question à trancher portait sur l'identification des lieux générateurs des recettes et des dépenses de protection sociale. Par exemple, les cotisations et contributions sociales sont acquittées par les entreprises, le plus souvent au niveau de chacun de leurs établissements[5], mais des retraitements des déclarations sociales nominatives permettraient de les imputer au lieu de résidence des salariés. De même, s'agissant des prestations d'assurance maladie, elles pourraient être appréhendées aussi bien au lieu de résidence de l'assuré qu'au lieu où les soins ont été prodigués. Pour des raisons d'homogénéité des traitements des divers postes de recettes et de dépenses, le choix a été fait de répartir les recettes des régimes de protection sociale entre les départements où sont installés les entreprises cotisantes, et les dépenses entre les départements où résident les bénéficiaires. Il est important de souligner en préambule de la présentation des résultats de cette décomposition départementale que ce parti pris a des conséquences considérables sur la physionomie des transferts entre départements induits par les flux de protection sociale.

4 Telles que l'allocation aux adultes handicapés ou une partie des aides personnelles au logement ; la difficulté à localiser ces dépenses tenant à l'hétérogénéité des dispositifs concernés ;

5 Bien que dans certains cas de très grandes entreprises, les prélèvements sociaux sont acquittés en un lieu unique, en l'occurrence le siège social de l'entreprise.

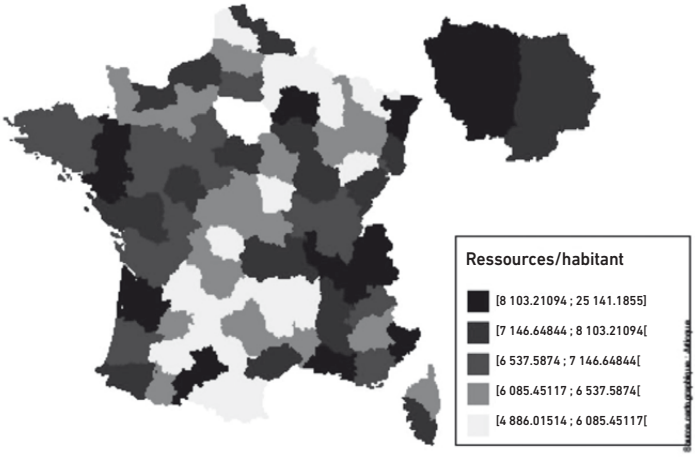
II - GÉOGRAPHIE D'ENSEMBLE DES RECETTES ET DÉPENSES DE PROTECTION SOCIALE

La mise en œuvre de la méthodologie présentée dans la partie précédente permet de proposer une caractérisation globale de la situation des départements français au regard de l'impact des flux de recettes et de dépenses de la protection sociale sur le revenu des personnes qui y résident.

II.1/ Géographie d'ensemble des recettes de la protection sociale

La carte 1 ci-dessous visualise les contrastes inter-départementaux du poids des prélèvements de protection sociale (ces derniers étant rapportés à l'ensemble de la population résidente en 2012). On observe en effet d'emblée une forte concentration des versements des entreprises dans les départements sièges de grandes métropoles : Nord, Bas-Rhin, Rhône, Isère, Alpes-Maritimes, Bouches du Rhône, Hérault, Haute-Garonne, Gironde, Loire-Atlantique, Ille et Vilaine, Paris et les départements formant son agglomération. *A contrario*, cette carte dégage une diagonale sud-ouest / nord-est marquée par un grand nombre de départements relativement peu contributeurs à la protection sociale.

Carte 1. Ressources protection sociale/habitant (en €)



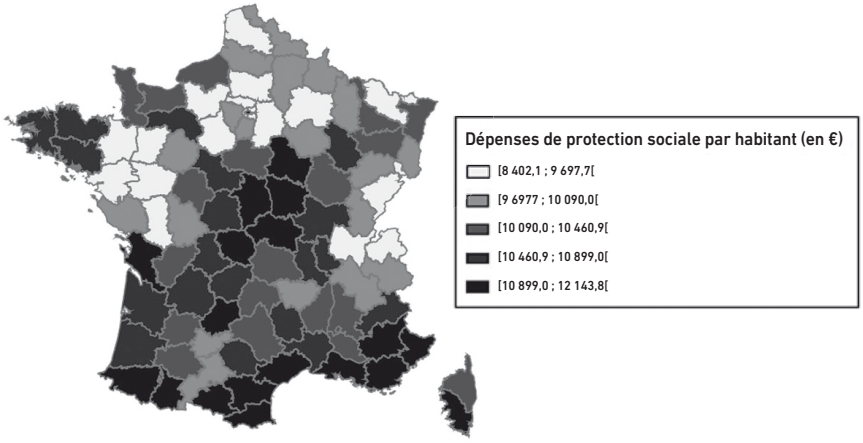
Source : Haut Conseil du financement de la protection sociale.

Une analyse plus fine montrerait que cette concentration est très principalement le fait des cotisations et contributions sociales sur les revenus d'activité, tandis que les autres impôts et taxes affectés au financement de la protection sociale contribuent à une certaine égalisation entre départements.

II.2/ Géographie d'ensemble des prestations de protection sociale

La carte analogue pour les prestations sociales (cf. carte 2 ci-dessous), les dépenses par département étant également normalisées par le nombre de résidents en 2012, présente une géographie très différente. À un gradient ouest/est succède à présent un gradient nord/sud, qui reflète les différences de structure par âge des différents départements. Cependant, à y regarder de plus près, le poids important des prestations sociales par résident dans les bordures méditerranéenne et atlantique ne s'explique pas seulement par une proportion relativement élevée de personnes résidentes âgées de plus de 60 ans, mais également par des montants moyens de pension plus élevés que dans le reste du territoire, signe de choix résidentiels caractéristiques des retraités aisés.

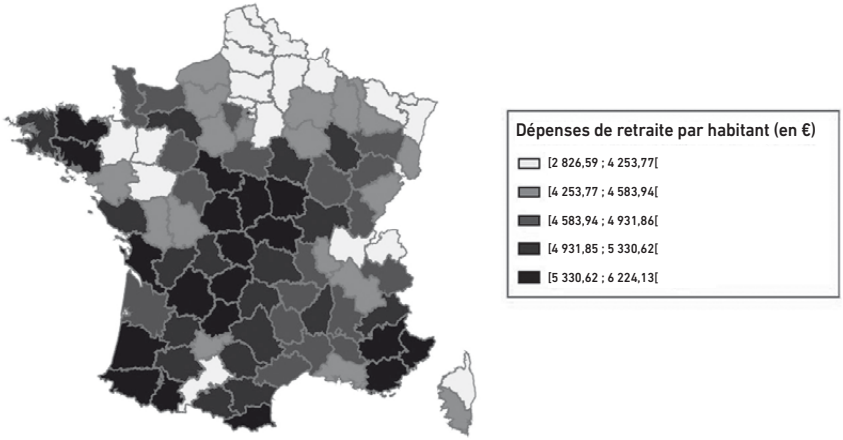
Carte 2. Dépenses de protection sociale par tête (en €)



Source : Haut Conseil du financement de la protection sociale.

Cette observation est corroborée par les cartes 3 et 4 suivantes, relatives respectivement au poids des retraites et des prestations d'assurance maladie par habitant dans les 96 départements métropolitains. On lit notamment sur la carte 3 le poids important des retraites dans le revenu moyen des habitants des départements de la diagonale sud-ouest/nord-est, illustrant le fait que ce type de revenus contribue à corriger la forte inégalité des revenus d'activité sur lesquels sont très majoritairement assis les prélèvements de protection sociale, dont témoignait la carte 2.

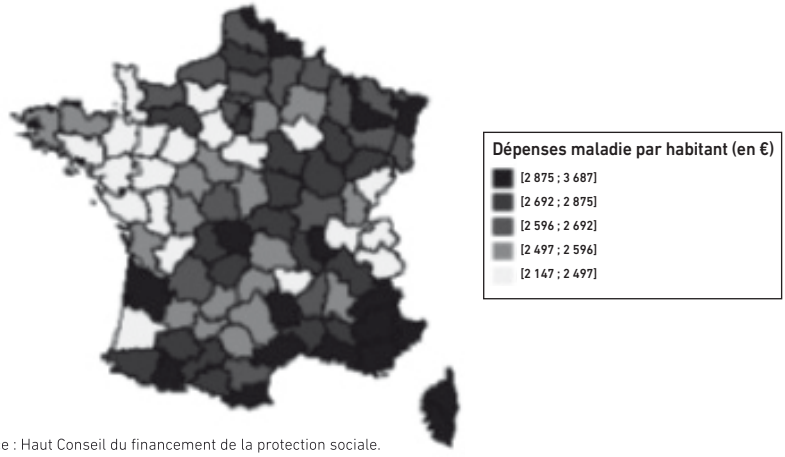
Carte 3. Montant de retraite par habitant (en € par an)



Source : Haut Conseil du financement de la protection sociale.

La géographie décrite par la carte 4, relative au montant moyen de prestations d'assurance maladie par personne résidente dans les départements, présente également un gradient nord/sud, mais moins net que sur la carte 3. En effet, si les dépenses de soins et les remboursements des régimes d'assurance maladie sont étroitement corrélés à la structure par âge de la population, elles sont également affectées par des différentiels d'état de santé entre zones, avec en l'occurrence un recours à la dépense de soins qui paraît élevé dans les départements de la bordure nord-est de la France. L'offre locale de soins peut également jouer un rôle dans les disparités inter-départementales de perception de remboursements de l'assurance maladie, qui serait certainement accentué si l'on suivait une approche de la dépense au lieu de soins, compte tenu de l'attraction qu'exercent certains grands centres hospitaliers situés dans les zones métropolitaines et en Île-de-France sur les résidents des départements limitrophes et même de départements plus éloignés.

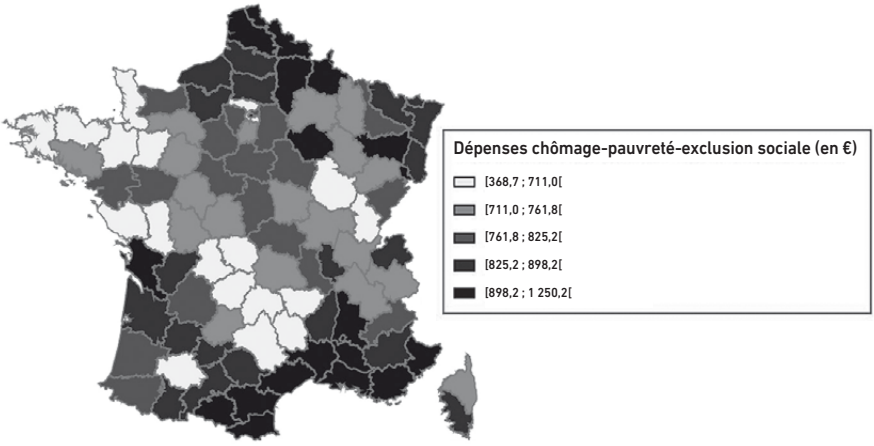
Carte 4. Dépenses maladie par tête (en €)



Source : Haut Conseil du financement de la protection sociale.

D'autres facteurs tendent à atténuer le poids de la structure par âge dans l'allocation des dépenses de protection sociale entre départements. Ainsi les dépenses d'indemnisation du chômage et de promotion de l'emploi, ainsi que celles contribuant à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (*cf.* carte 5), bénéficient plus fortement aux territoires économiquement peu dynamiques du nord-est et du sud de la France marqués par des taux de chômage élevés, et contribuent ainsi à rééquilibrer le revenu disponible dans ces zones. Cependant, la structure par qualification de la main-d'œuvre corrige quelque peu ce fait, puisque, par exemple, les départements d'Île-de-France sont marqués par des montants moyens élevés de prestations au titre du chômage et de la lutte contre la pauvreté, ce qui peut traduire des montants moyens d'indemnisation élevés alors que les taux de chômage y sont proches de la moyenne nationale.

Carte 5. Dépenses au titre des risques chômage-pauvreté-exclusion sociale (en millions €)



Source : Haut Conseil du financement de la protection sociale.

En résumé de cette première présentation d'ensemble, la protection sociale opère une redistribution considérable entre territoires – approximés dans ce qui précède par les 96 départements métropolitains -, en raison d'une localisation du recouvrement des prélèvements sociaux très concentrée sur quelques départements abritant de grandes métropoles économiques, et une allocation des prestations de protection sociale qui est fortement dirigée par le poids des personnes âgées dans les différents départements. On verra cependant dans la partie suivante du présent article que ce constat ne conduit pas à une partition simplement binaire du territoire entre départements débiteurs et créditeurs à l'issue de recouvrement des recettes et de la délivrance des prestations sociales, mais reflète une variété plus large de situations socio-économiques sur le territoire.

III - UNE PARTITION DU TERRITOIRE EN QUATRE GROUPES AU REGARD DE L'IMPACT DE LA PROTECTION SOCIALE SUR LA DISTRIBUTION DES REVENUS

Le rapprochement des deux géographies de la protection sociale, des recettes d'une part et des dépenses d'autre part, présentées dans la partie précédente, permet d'enrichir la qualification des différents territoires au regard de l'impact des prestations et des prélèvements sociaux sur le revenu des personnes résidentes.

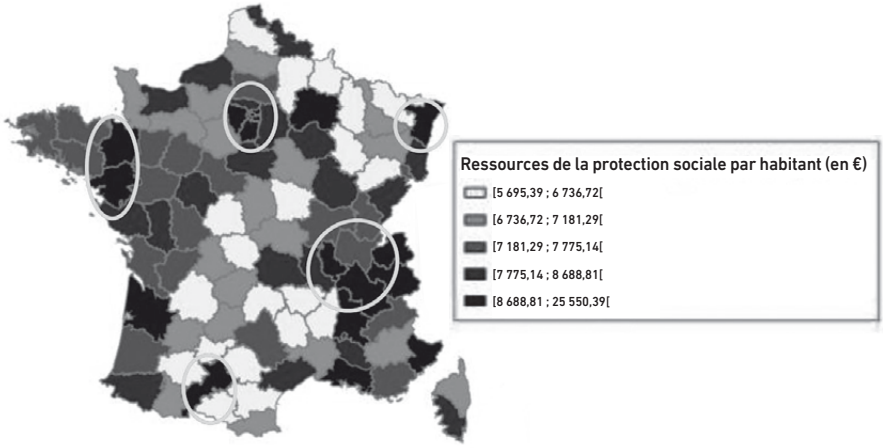
Il importe au préalable de souligner que les développements qui suivent s'interdisent de faire état de soldes « prélèvements – prestations » qui identifieraient des départements « gagnants » ou « perdants » au jeu des transferts de protection sociale. D'une part, les limites de la méthodologie mise en œuvre, rappelées dans la première partie du présent article, ne permettent pas de garantir la fiabilité de tels soldes financiers. D'autre part, et surtout, le Haut Conseil du financement de la protection sociale souligne dans son rapport de 2015 que le calcul de tels soldes serait de plus inapproprié, compte tenu du caractère national des dispositifs de protection sociale qui réalisent une mutualisation des risques au sein de l'ensemble de la communauté des assurés, sans égard significatif à leur lieu de résidence : ce dernier ne saurait constituer un critère pertinent de la justice des transferts sociaux. On peut enfin ajouter que résumer l'impact de la protection sociale sur la distribution territoriale des revenus en un unique indicateur financier ne rendrait pas compte de la diversité des facteurs, pour partie déjà identifiés dans la partie précédente, qui concourent à cet impact.

La confrontation de la géographie des prélèvements et de celle des prestations sociales sera donc opérée de façon qualitative, par simple juxtaposition des cartes relatives aux recettes et aux dépenses de protection sociale, afin d'identifier les départements dont les activités économiques sont relativement fortement ou faiblement contributrices aux prélèvements, comme ceux dont les résidents sont fortement ou faiblement bénéficiaires des prestations sociales, ce qui permet d'identifier quatre groupes de territoires.

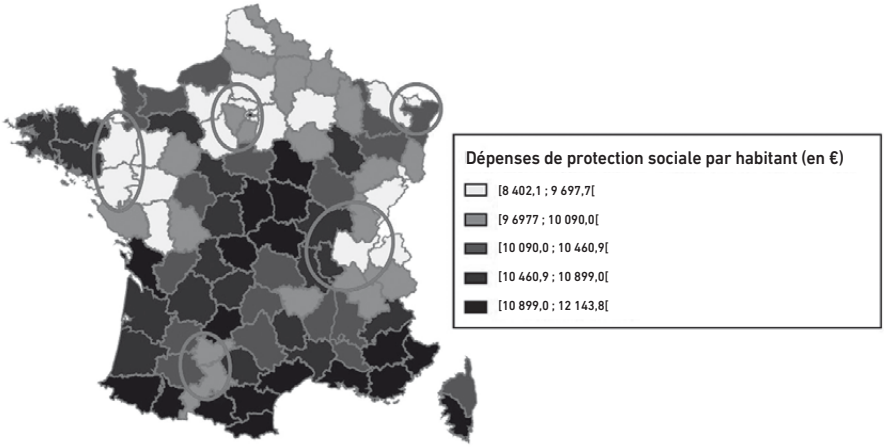
III.1/ Un premier groupe de départements dont les structures démographiques et d'emploi impliquent une contribution importante au financement de la protection sociale, et une incidence plus limitée des prestations

Un premier groupe de départements regroupe les zones où se concentrent les emplois les plus qualifiés et les mieux rémunérés, et où les taux de chômage sont relativement faibles : Île-de-France, bassins rennais, nantais et toulousain, Rhône-Alpes, Bas-Rhin (figurés sur les cartes 6a et 6b suivantes). La structure démographique associée – une faible part de personnes âgées dans la population – a par ailleurs pour conséquence des montants moyens de prestations sociales par habitant parmi les plus limités du territoire national, à l'exception de Paris qui se caractérise aussi par la présence d'une proportion importante de retraités.

Carte 6a. Ressources protection sociale/habitant (en €)



Carte 6b. Dépenses de protection sociale par tête (en €)



Source : Haut Conseil du financement de la protection sociale.

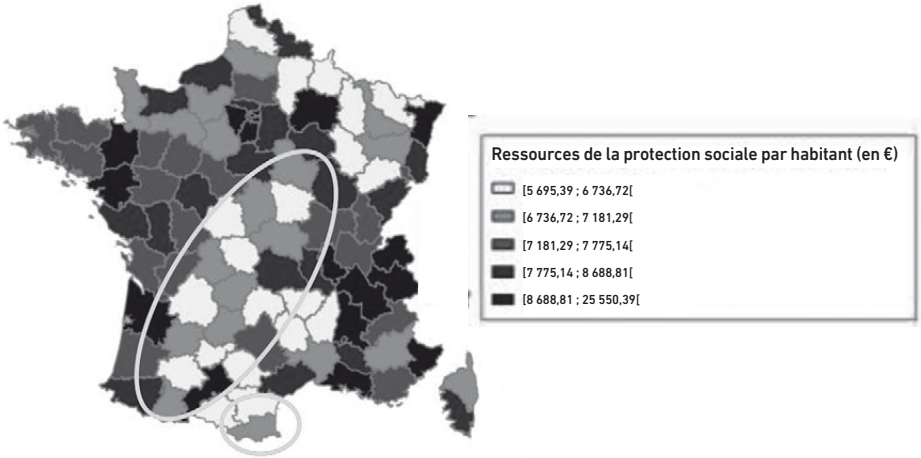
Ces deux cartes donnent à voir l'impact du phénomène couramment dénommé « métropolisation de l'économie », soit la concentration des emplois dans un nombre limité de localisations qui tirent profit de la présence d'infrastructures de transport, de santé, etc. ainsi que de centres d'excellence en matière de formation et de recherche, favorisant la rencontre d'entreprises et de travailleurs qualifiés attirés par cet écosystème. Ce mouvement de concentration paraît typique du mode de développement contemporain de la plupart des économies développées, documenté par les travaux du courant dit de la « nouvelle économie géographique »[6]. Il soulève des questionnements pour les politiques publiques de cohésion territoriale, en termes de risques d'aggravation des inégalités territoriales de revenu, mais aussi de pérennité des avantages acquis par les zones métropolitaines au cas où la concentration des activités engendrerait congestion des infrastructures de transport, augmentation du coût du logement, etc.

6 Crozet M., Lafourcade M. (2009), « La nouvelle économie géographique », La Découverte.

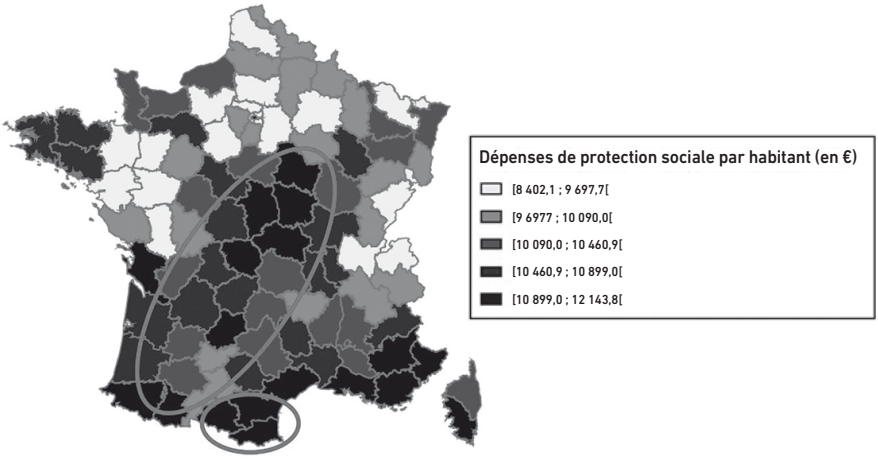
III.2/ Des départements où la densité en emplois est plus faible et où la proportion élevée des personnes âgées tire à la hausse le montant des prestations sociales par habitant

Un second groupe de départements est polaire du précédent : il rassemble des départements marqués par une faible contribution au recouvrement des cotisations et contributions sociales et autres prélèvements finançant la protection sociale, et a contrario par l'importance des prestations sociales dans le revenu des populations résidentes (*cf.* cartes 7a et 7b). Les territoires concernés correspondent aux départements du Massif Central et de ses franges, ainsi qu'à ceux des Alpes méridionales et du sud du littoral méditerranéen, soit, comme observé dans la partie précédente, des zones dans lesquelles la proportion de personnes âgées est élevée.

Carte 7a. Ressources protection sociale/habitant (en €)



Carte 7b. Dépenses de protection sociale par tête (en €)

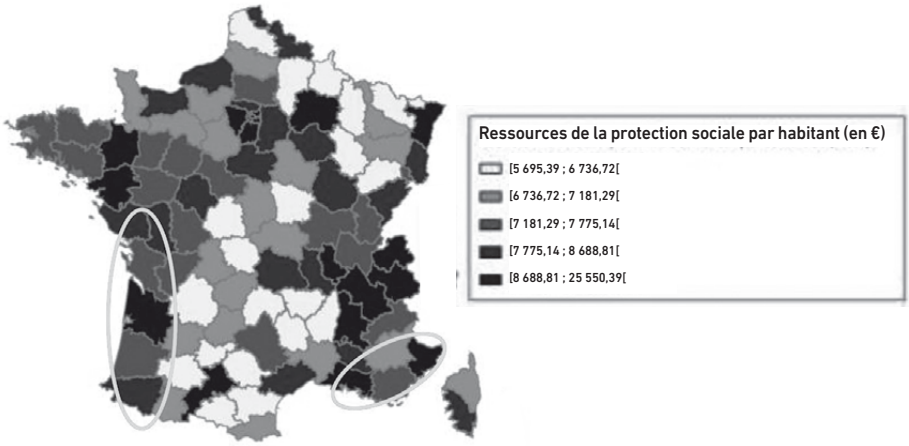


Source : Haut Conseil du financement de la protection sociale.

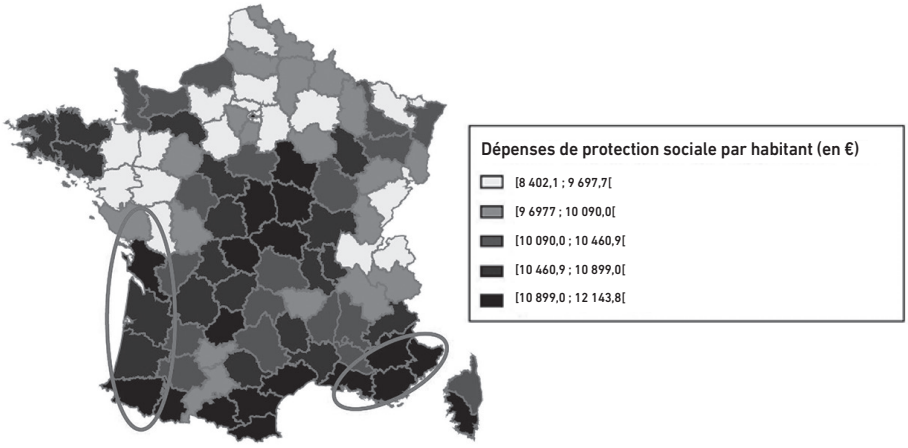
III.3/ Des zones caractérisées par des niveaux d'emploi engendrant des ressources importantes pour le financement de la protection sociale, et parallèlement par la présence d'une proportion significative de personnes âgées entraînant un montant élevé de prestations sociales par résident

Si l'on retourne à la distribution départementale des dépenses de protection sociale, rappelée sur la carte 8b ci-dessous, on observe que les départements des littoraux méditerranéen et atlantique présentent des montants moyens de prestations sociales reçus par les résidents parmi les plus élevés, conséquence d'une part importante des personnes âgées de 60 ans et plus.

Carte 8a. Ressources protection sociale/habitant (en €)



Carte 8b. Dépenses de protection sociale par tête (en €)



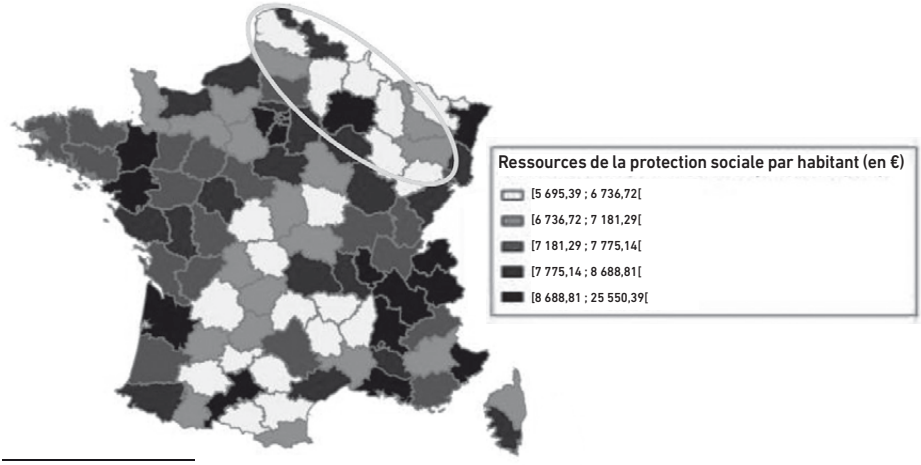
Source : Haut Conseil du financement de la protection sociale.

Cependant, à la différence des territoires identifiés dans le groupe précédent, ces départements présentent également des montants appréciables de prélèvements de protection sociale recouvrés par habitant (*cf.* carte 8a ci-dessus). Ils témoignent donc d'un certain dynamisme économique et de l'emploi, qui peut participer d'une « économie présentielle »[7] à forte composition en activités de loisirs et de culture, de commerce de détail, de construction, d'entretien et d'intermédiation en matière de logement, d'activités artisanales, de services financiers et de services sanitaires, sociaux et administratifs. Ces activités sont en effet typiques des attentes de retraités aisés qui établissent leur résidence dans ces zones littorales.

III.4/ Un dernier groupe de départements recouvrant des zones économiquement peu dynamiques, mais également caractérisées par des montants modérés de prestations sociales par habitant

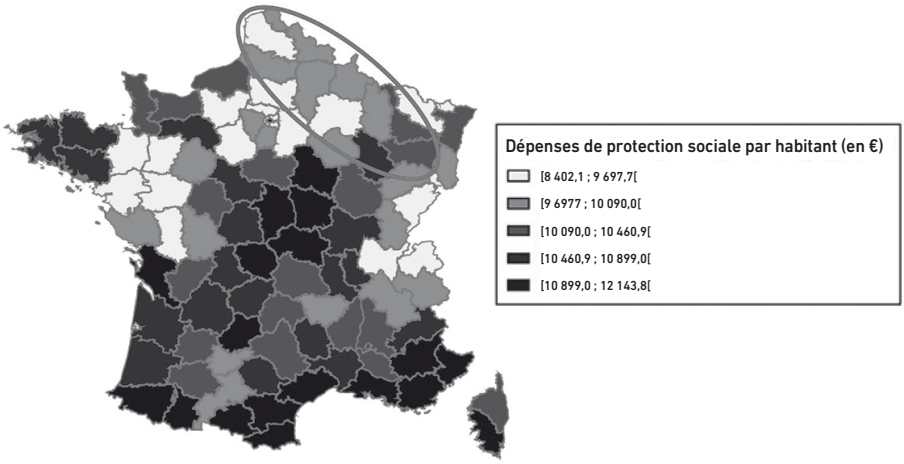
Il reste enfin un dernier groupe de départements, localisé sur la bordure nord-est de la France, département de la Marne exclu, qui présente des montants moyens par habitant faibles en ce qui concerne tant les prélèvements de protection sociale recouvrés que les prestations sociales délivrées (*cf.* cartes 9a et 9b). Le faible dynamisme économique de cette zone, qui comprend plusieurs bassins industriels en déclin, explique sa contribution limitée au recouvrement des prélèvements de protection sociale. Corrélativement, le niveau élevé du chômage expose ses habitants à la perception de montants importants d'allocations d'indemnisation du chômage ou de minima sociaux. Par ailleurs, comme cela a été observé dans la partie précédente, l'état de santé relativement défavorable en moyenne de la population contribue à un recours significatif aux prestations d'assurance maladie. Mais ces facteurs, qui pèsent en faveur d'un haut niveau de prestations sociales dans le revenu, voient leur effet largement plus que compensé par la proportion modeste de personnes âgées, et donc par une faible contribution des retraites au revenu qui conduit *in fine* à un montant moyen de prestations sociales reçues par les habitants de cette zone inférieur à la moyenne nationale.

Carte 9a. Ressources protection sociale/habitant (en €)



7 Terrier Ch. (2013), « Les bords de mer : entre économie présentielle et citoyenneté partielle », communication au colloque « Bains de mer » de Cerisy. Consultable sur la page Web suivante : http://www.christophe-terrier.fr/CT/Textes/ct2013_bains-de-mer-Cerisy.pdf.

Carte 9b. Dépenses de protection sociale par tête (en €)



Source : Haut Conseil du financement de la protection sociale.

IV- DES ENSEIGNEMENTS À TIRER AVEC PRUDENCE DE CET EXERCICE EXPÉRIMENTAL DE DÉCOMPOSITION DÉPARTEMENTALE DES RECETTES ET DES DÉPENSES DE PROTECTION SOCIALE

Avec toutes les précautions qu'imposent les limites d'ordre méthodologique attachées à l'exercice qui vient d'être présenté, il est possible d'en tirer quelques enseignements pour les politiques sociales et de cohésion des territoires.

IV.1/ Un nécessaire rappel des limites méthodologiques de la décomposition départementale précédente

Les constats qui viennent d'être dressés doivent aussitôt être tempérés des limites méthodologiques qui ont été mentionnées en préalable de la présentation de la répartition par départements des dépenses et des recettes de protection sociale réalisée par le Haut Conseil du financement de la protection sociale en 2015.

En premier lieu, les options retenues pour réaliser cette répartition peuvent assurément être questionnées, et on ne saurait trop encourager l'enrichissement de la dimension territoriale des statistiques produites susceptibles d'affiner les résultats apportés par la première tentative du Haut Conseil.

En second lieu, le cadre départemental retenu pour opérer la décomposition territoriale des recettes et des dépenses de protection sociale, le moins mauvais compromis entre pertinence institutionnelle et disponibilité des statistiques, reste intrinsèquement fragile. Il est ainsi aisé d'exhiber des départements au sein desquels se combinent plusieurs des situations caractéristiques des quatre groupes de zones présentés dans la partie précédente. Par exemple, un territoire comme le département

du Pas-de-Calais comprend des zones proches de la métropole lilloise qui attirent des entreprises en développement sur le marché national et à l'international, mais aussi une bordure littorale attirant des résidents temporaires ou permanents et engendrant des activités relevant davantage de « l'économie présentielle », et enfin des bassins industriels en déclin marqués par un taux de chômage élevé.

En dernier lieu, des données complémentaires, comme l'impact des navettes frontalières sur les revenus des départements mitoyens d'autre pays européens, devraient être intégrées aux analyses précédentes, mais n'ont pu l'être dès lors que les revenus perçus par les travailleurs frontaliers ne sont pas appréhendés par les organismes français de protection sociale.

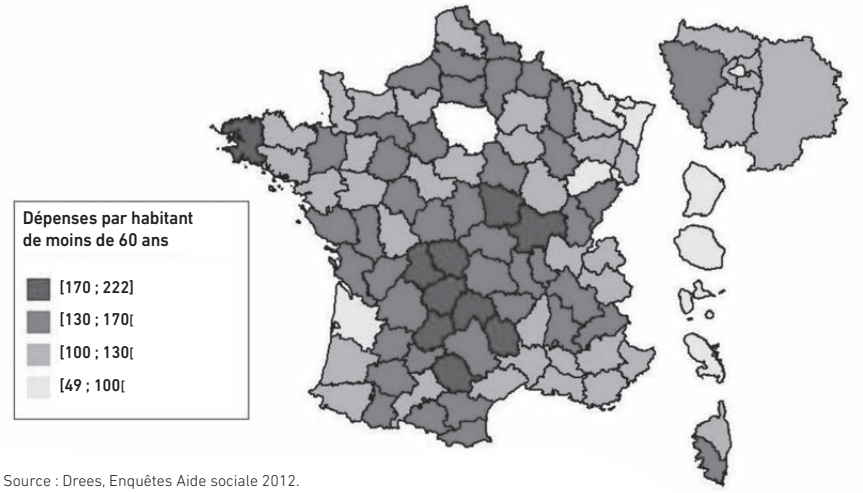
IV.2/ Des interactions entre les politiques de protection sociale et de cohésion territoriale

Il n'en reste pas moins que la décomposition territoriale des dépenses et des recettes de protection sociale présentée dans les trois premières parties du présent article donne à voir certains liens réciproques entre les dispositifs de protection sociale et l'objectif de cohésion entre les territoires.

D'un côté, la protection sociale concourt à réallouer les revenus entre les 96 départements métropolitains, principalement au moyen de transferts des zones les plus dynamiques qui contribuent de façon essentielle au recouvrement des recettes des régimes de protection sociale, vers les territoires moins favorisés où résident plus fréquemment les personnes retraitées ou éloignées de l'emploi qui recourent fortement aux prestations sociales. Mais il s'agit là du simple jeu de règles définies nationalement qui exploitent la discordance des géographies des emplois et des bénéficiaires des dispositifs de protection sociale. Au-delà de ce mécanisme massif mais involontaire, d'autres incidences de la protection sociale sur la cohésion territoriale peuvent être observées :

- des incidences directes, liées notamment à la localisation de services sanitaires ou sociaux sur le territoire : ainsi, à titre d'exemple, la carte 10 ci-dessous montre une relative concentration des dépenses d'action sociale en faveur des personnes handicapées – qui bénéficient aux établissements et services accueillant ces personnes – dans certains départements du Massif central, qui paraissent excéder les besoins des personnes âgées de moins de 60 ans résidant dans ces zones ;

Carte 10. Dépense en faveur des établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées rapportée à la population des départements âgée de moins de 60 ans



Source : Drees, Enquêtes Aide sociale 2012.
Insee, Estimations de population au 01/01/2012 provisoires (janvier 2014)

- des incidences indirectes, au travers de l'attractivité que revêtent certaines zones, tout particulièrement les bordures littorales méridionales, pour des retraités auxquels les régimes de protection sociale procurent un niveau de vie relativement élevé, engendrant une « économie présentielle » facteur de maintien d'activités et d'emplois.

D'un autre côté, l'objectif de cohésion entre les territoires est susceptible d'interpeller certains dispositifs de protection sociale qui prennent en compte la dimension territoriale :

- les exonérations de cotisations sociales « zonées », bénéficiant aux entreprises installées dans des territoires dont les pouvoirs publics souhaitent favoriser le développement économique (principalement dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, dans les zones rurales et dans les départements d'outre-mer), avec des interrogations qui peuvent légitimement être soulevées sur la pertinence du critère de localisation des entreprises à ces exonérations, compte tenu de l'importance des mobilités domicile-travail dans les zones denses comme l'Île-de-France, qui ne garantissent pas que ces aides améliorent le revenu des personnes résidant dans les territoires qui y sont éligibles ;

- la modulation du barème des aides au logement selon trois zones, qui n'ajuste que partiellement le pouvoir solvabilisateur de ces prestations à la forte variabilité du coût du logement sur l'ensemble du territoire national.

IV.3/ Des interrogations sur les politiques sociales décentralisées

Un dernier questionnement peut être adressé aux politiques sociales que la loi a déléguées aux collectivités territoriales, au premier rang desquelles figurent les départements. Ces politiques sont nombreuses, et portent sur un grand nombre de domaines (enfance, famille, personnes âgées, personnes handicapées, exclusion sociale). Cependant, c'est le financement des allocations individuelles de solidarité (prestation de compensation de handicap, allocation personnalisée d'autonomie, revenu de solidarité active), dont les principales caractéristiques et notamment les barèmes sont définis par la loi, qui consomme l'essentiel des ressources que les départements peuvent allouer à l'ensemble des politiques sociales sur lesquelles ils exercent leur compétence.

Il est permis de s'interroger sur le point de savoir si cette situation est appropriée à la prise en charge des enjeux sociaux auxquels les départements français sont confrontés. Ces enjeux sont très variables, si l'on songe d'un côté aux besoins d'accès à des logements abordables et de qualité ou à des services d'accueil des jeunes enfants dans les zones métropolitaines, notamment pour les ménages à ressources modestes, et de l'autre aux outils visant à attirer des entreprises dans des territoires moins dynamiques. Ils nécessitent donc des montants de ressources à la nature et à l'intensité de ces besoins divers dans chaque département, qui peuvent être obérés par le poids du financement des allocations individuelles de solidarité dans certains d'entre eux.

L'EXPÉRIMENTATION « TERRITOIRES ZÉRO CHÔMEUR DE LONGUE DURÉE »

Par **Pierre-Yves Verkindt**, Professeur émérite à l'École de droit de la Sorbonne (Université Paris 1 Panthéon Sorbonne)

Professeur émérite à l'École de droit de la Sorbonne (Université Paris 1 Panthéon Sorbonne), le professeur Verkindt préside le concours d'entrée à l'EN3S depuis 2019. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages et de nombreux articles en droit social, notamment sur les questions de santé au travail. Il anime avec le professeur Pascal Lokiec un séminaire de théorie générale du droit social sous le titre « Penser le droit social » dans le cadre de l'Institut de Recherches Juridiques de la Sorbonne. Il travaille actuellement sur les problématiques liées à la mise en place d'un Revenu universel.

La loi n° 2016-231 du 29 février 2016 d'expérimentation territoriale visant à résorber le chômage de longue durée[1] et le décret n° 2016-1027 du 27 juillet 2016[2], ont donné naissance à un dispositif original qui reste pour l'heure en phase d'expérimentation. Il a fait l'objet d'une première séquence d'évaluation dont les résultats, publiés en novembre 2019[3], ont provoqué un débat[4] aussi intense que bref, l'actualité sociale de décembre ayant parasité toute discussion sérieuse sur le sujet.

Il n'en reste pas moins que l'expérimentation me paraît mériter mieux que quelques anathèmes revêtus ou non des oripeaux de la science, à la fois en raison de la construction du projet et du rôle joué dans cette construction par la société civile et à la fois par le changement de paradigme qu'elle instaure au sein des politiques d'emploi traditionnelles.

Les questions qu'elle suscite, telles que les exprime le Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances[5] aussi bien que les réponses qu'il convient de leur apporter, me paraissent devoir être aussi éloignées de l'idéologie cachée derrière la prétention à la scientificité du discours économique dominant que des idéologies occultées par les logiques bureaucratiques qui transpirent dans tous les choix politiques des dernières décennies.

Pour repérer les opportunités offertes par cette expérimentation tout en prenant en compte les critiques dont elle fait parfois l'objet, il n'est pas inutile de revenir sur ses origines ainsi que sur les principes qui la structurent en évoquant au passage les mécanismes juridiques qui la sous-tendent. On constatera alors que la notion de Territoire qui s'en dégage est sensiblement différente de celle qui commande la mise en œuvre des politiques d'emploi traditionnelles[6]. On présentera ensuite les grandes lignes de l'évaluation publiée ainsi que les propositions d'amélioration faites par les évaluateurs.

1 J.O. du 1er mars.
2 J.O. du 28 juillet.
3 IGF et IGAS, *L'évaluation économique de l'expérimentation visant à résorber le chômage de longue durée*, Oct. 2019.
4 La Croix, 27 novembre 2019, sous le titre « Faut-il étendre le dispositif Territoires zéro chômeur ? »
5 IGF et IGAS, *op cit*.
6 AS Ginon et PY Verkindt, « Protection sociale, emploi et territoire(s), RDSS 2019.1116.

I - ORIGINES DE L'EXPÉRIMENTATION

En posant comme principe que nul n'est inemployable, l'action connue sous le nom de « Territoire Zéro Chômeur de Longue Durée » (TZCLD) s'inscrit à n'en pas douter dans une tradition philosophique où le respect non négociable de la dignité de la personne humaine[7], la centralité du travail[8] et la reconnaissance[9] convergent vers une lutte continue contre toutes les formes de mépris social[10]. La nouveauté de l'action se situe à plusieurs niveaux que les développements ultérieurs permettront de préciser. Elle apparaît d'emblée dans le processus qui a conduit à l'adoption de la loi du 29 février 2016. Il faut alors distinguer les origines rapprochées de l'expérimentation de ses racines plus profondes. Ce qui revient à différencier l'élaboration du texte et l'émergence de l'idée, laquelle vient de la société civile comme on a pu le relever[11].

I.1/ Généalogie du texte

La loi du 29 février 2016 est issue d'une Proposition n° 3022 du 22 juillet 2015 portée par le groupe socialiste à l'Assemblée Nationale. L'exposé des motifs part du constat du maintien à un haut niveau du chômage de longue durée (soit de plus d'un an) voire de très longue durée[12] mais aussi de l'exercice par les demandeurs d'emploi concernés d'une activité réduite. Les auteurs de la proposition en déduisent que l'« *éloignement durable de l'emploi n'a pas fait perdre à ces chômeurs de longue durée le goût d'une activité utile* ». Dès lors, une expérimentation leur semble pouvoir être conduite autour de trois « convictions ». La première est qu'il est possible d'identifier au niveau local les activités utiles susceptibles d'être exercées par les personnes durablement privées d'emploi. La deuxième est qu'il est possible de gérer les emplois ainsi créés en veillant à ce que le financement par la collectivité n'excède jamais l'économie réalisée par les finances publiques du fait même du recul du chômage de longue durée. La troisième est qu'offrir ces emplois sous forme de contrats de travail à durée indéterminée est non seulement possible mais encore pertinent pour faciliter le retour des personnes sans emploi dans le « marché principal de travail ». L'exposé des motifs plaide par ailleurs pour un pilotage fort de l'action par des comités locaux permettant la construction du consensus avec les acteurs économiques et garantissant tant la performance économique de l'opération que le respect absolu des personnes engagées dans le projet. Le contrôle des comités locaux serait redoublé au niveau national par un fonds national gardien de la méthode et responsable du conventionnement des terrains d'expérimentation. Cette dernière devrait être dès sa première vague réalisée à « budget constant » en ce que le financement devrait résulter de la seule réallocation des sommes économisées par le fait de la sortie du chômage des personnes jusque-là

7 PY Verkindt in *Notions et normes en droit du travail*, Edit. Panthéon Assas 2016, p. 13 et les références citées.

8 Parmi une abondante et diversifiée littérature, on signalera les travaux d'A Supiot qui mène de front une réflexion sur le travail et le respect de la dignité humaine (*Qu'est-ce qu'un régime de travail réellement humain*, Hermann 2018 ; *Le travail n'est pas une marchandise* Collège de France 2019).

9 Sans pouvoir s'y attarder, les travaux d'Axel Honneth et plus largement la renaissance de la philosophie sociale apparaissent comme autant de contre-feux à la réification rampante ou assumée induite par la « gouvernance par les nombres » dénoncée avec vigueur par A. Supiot (*La gouvernance par les nombres*, Fayard 2015).

10 A. Honneth, *La société du mépris*, La Découverte 2006 ; E. Renault, *Mépris social*, Edit. du Passant, 2ème édit. 2004.

11 Fondation Jean Jaurès, 6 mai 2019, consultable sur jean-jaures.org.

12 Exposé de motifs de la Proposition de loi et *infra* III.

indemnisées. Il faut préciser que l'économie n'est pas seulement celle des allocations d'assurance-chômage ou d'assistance mais aussi de toutes les sommes engendrées par l'intervention des pouvoirs publics du fait des situations de pauvreté engendrées par le chômage de longue durée.

I.2/ Généalogie de l'« idée » *TZCLD*

Il ne saurait être question de reprendre ici en détail l'histoire des liens entre la lutte contre l'exclusion et le combat pour l'accès au travail de tous. Une telle approche conduirait nécessairement à aborder les débats sur la centralité du travail et par ricochet sur le caractère souhaitable ou non de la mise en place d'un revenu universel. On se contentera plus simplement de mettre en évidence le fait que l'idée selon laquelle nul n'est inemployable[13] se situe au point de contact des convictions et des pratiques initiées par P. Valentin dont il rend compte dans ses ouvrages[14] et de l'action engagée dès sa création par le Mouvement ATD Quart Monde autour d'un atelier au cœur même du camp de Noisy-le-Grand (1959)[15]. Plus récemment, dans le cadre du Groupe de recherche Quart-Monde Université, le groupe de travail « Travail, activité humaine : talents cachés »[16], les savoir-faire des personnes en situation de pauvreté avaient pu être identifiés. Sous l'égide d'ATD Quart Monde une première expérimentation avait été lancée et présentée sans succès à l'occasion de la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté. Dans les années qui suivent, plusieurs structures impliquées dans la lutte contre la pauvreté rejoignent l'expérience qui prend forme dans quatre territoires ruraux. L'expérimentation manque cependant d'un support juridique. L'intérêt qu'elle suscite conduit le député Laurent Grandguillaume à créer un groupe dont le travail produit une proposition de loi et deux avis favorables du Cese et du Conseil d'État.

I.3/ Enseignement(s)

Même résumée en quelques lignes, l'histoire de l'idée qui sert de fil rouge à la proposition de loi puis à la loi du 29 février 2016 permet de mettre en évidence plusieurs phénomènes. *En premier lieu* un processus politique original. La loi est le produit de la rencontre d'acteurs de la société civile et d'élus tenaces[17]. En deuxième lieu, le projet engendre des résistances à la fois idéologiques et bureaucratiques (lesquelles ne sont souvent que des résistances idéologiques qui ne s'assument pas comme telles) car il sort des zones de confort des appareils administratifs. En troisième lieu, l'expérimentation y occupe ici une place déterminante. Présente en amont de la loi nouvelle,

13 ATD Quart Monde, *En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté*, Edit. Quart Monde et de l'Atelier ; déjà « *On voudrait connaître le secret du travail* ». Edit de l'Atelier et Edit. Quart Monde 1995.

14 P. Valentin, *Le droit d'obtenir un emploi. Genèse et mise en œuvre, La chronique sociale,* 2018 ; *Chômage de longue durée. Emploi précaire. Plaidoyer pour une économie solidaire*, 2009, *Le chômage d'exclusion. Comment faire autrement ?* Chronique sociale, 1993Cha).

15 Sur l'histoire de cette idée, v. ATD Quart Monde (Cl. Hédon, D. Goubert, D. Le Guillou) *Zéro chômeur. Dix territoires relèvent le défi*, Edit de l'Atelier-Edit. Quart Monde, 2019, p. 85 et s. et les références citées.

16 Groupe de recherche Quart Monde -Université, *Le croisement des savoirs*, Edit de l'Atelier et Edit Quart Monde 1999, p. 331.

17 Belle illustration de l'intuition de Léon Blum lorsqu'il écrivait « La démocratie politique ne sera pas viable elle ne s'épanouit pas en démocratie sociale ; la démocratie sociale ne serait ni réelle ni stable si elle ne se fondait pas sur une démocratie politique » (*in* Mémoires. *À l'échelle humaine*, Albin Michel, 1955, p. 472).

elle est aussi dans la loi dont elle constitue l'objet. Outre qu'elle oblige parfois à de véritables révolutions culturelles dans l'appareil d'État, la démarche expérimentale doit présenter une rationalité sans faille notamment sur le plan des évaluations. Se contenter en la matière d'approximations (et l'abondance de chiffres pas plus que l'alignement d'équations mathématiques ne sont une garantie contre l'approximation quoiqu'en disent les tenants d'une économie scientifique) conduit à l'échec mais, pire, à faire payer cet échec par ceux-là mêmes qui étaient les destinataires de l'action. Enfin, l'affirmation de la centralité de la personne privée d'emploi oblige à modifier le paradigme qui fonde les politiques d'emploi, donc un raisonnement exclusivement construit à partir d'une analyse d'un « marché du travail » posé comme étant la seule donnée, supposée naturelle, du réel.

II - DESCRIPTION DU DISPOSITIF

Selon le Préambule de la Constitution « *Chacun a le devoir de travailler et le droit d'obtenir un emploi* ». La seconde partie du paragraphe est considérée comme créant à charge des pouvoirs publics une obligation de mettre en place des politiques d'emploi à destination notamment des personnes exclues du « marché du travail ». Jamais, l'idée n'a été de traduire cet impératif constitutionnel en termes de droit subjectif au profit d'une personne particulière[18]. Le choix du législateur dans la loi du 29 février 2016, opère un décentrement en ce qu'il ne se contente pas d'ajouter une section nouvelle au chapitre des politiques publiques d'emploi, mais entend restaurer la primauté de la personne privée d'emploi.

II.1/ Du point de vue des acteurs

Partant du constat qu'il existe des besoins sociaux non satisfaits en raison de leur faible rentabilité économique pour des entreprises du secteur capitalistique ou simplement artisanal, que le coût global de la privation d'emploi pour la collectivité[19] dépasse largement le coût direct de l'indemnisation du chômage (déjà important en lui-même) et que toute personne dispose de savoir-faire pour peu que la chance lui soit donnée de les exprimer, les textes donnent aux acteurs des territoires la maîtrise de l'opération. Outre l'association TZLD[20], les pièces maîtresses de l'expérimentation sont au nombre de trois : le comité local, les entreprises à but d'emploi (EBE) et le Fonds d'expérimentation. Le comité (de pilotage) local joue un rôle essentiel. Rassemblant les représentants des personnes privées d'emploi et les acteurs privés ou publics du territoire, il est le garant du respect des principes de l'expérimentation tant du point de vue des personnes concernées que du point de vue des entreprises. Il veille à ce que les emplois répondent à des besoins identifiés et à ce que l'action n'engendre pas une concurrence au détriment des entreprises d'ores et déjà présentes sur le territoire. Les entreprises à but d'emploi sont des entreprises du secteur de l'économie

18 *Libertés et droits fondamentaux*, 25ème éd. Dalloz 2019, v° Liberté du travail (par P. Y. Verkindt), n° 1083 et s.

19 Le coût global de la privation d'emploi a pu être estimé à 43 milliards d'euros (P. Valentin, Le droit d'obtenir un emploi, *loc cit*).

20 L'association TZLD a une fonction de soutien opérationnel pour les premiers territoires en expérimentation et pour les territoires candidats à une entrée dans le dispositif.

sociale et solidaire (ESS). Elles recrutent les personnes privées d'emploi éligibles et peuvent être créées *ex nihilo* ou être ouvertes dans une structure préexistante de l'ESS. Le Fonds (national) d'expérimentation propose les territoires et veille au fonctionnement normal des comités locaux, signe les conventions avec les acteurs publics et privés impliqués dans le dispositif, sécurise par conséquent l'armature juridique et surtout finance une fraction de la rémunération des personnes embauchées par l'EBE (ainsi que le financement d'une fraction des indemnités légale et conventionnelle de licenciement lorsqu'il y a lieu). Le conseil d'administration du Fonds rassemble les représentants de l'État et des collectivités territoriales ou publiques impliquées, des organisations syndicales et professionnelles ainsi que des représentants des comités locaux.

II.2/ Du point de vue des principes

Le dispositif s'organise autour de quelques règles à la fois simples et novatrices[21] sur plusieurs plans. *D'abord*, c'est au comité local, gage par sa composition et par son implantation, d'un ancrage territorial fort, de procéder à une délimitation du territoire qui n'est pas nécessairement une circonscription administrative ni même un quartier (pour les territoires urbains). *Ensuite*, l'embauche de la personne privée d'emploi se fait sous forme d'un contrat de travail à durée indéterminée à temps choisi, gage à la fois d'une inscription de l'emploi dans le temps long et d'un pragmatisme tenant compte des difficultés propres du travailleur (prise en compte de la situation familiale, de l'état de santé, etc.). *Enfin*, la sortie même temporaire du dispositif pour entrer en emploi ou en formation est organisée, gage de respect de la volonté de la personne tout en lui offrant une sécurité juridique et financière. C'est à ce prix que la dignité de travailleur est respectée et c'est à ce prix que le projet de vie de la personne privée d'emploi pourra être pleinement accueilli.

Par ailleurs, le SMIC et les *minima* conventionnels doivent s'appliquer. *A priori*, cette option qui ramène le travailleur dans le droit commun du travail est une avancée mais elle vient se heurter à deux phénomènes qui dépassent de beaucoup la seule question de l'expérimentation. Le premier est la faiblesse du SMIC qui a pour effet de réduire l'écart entre les minima sociaux et les revenus du travail. Qu'on ne se méprenne pas, il ne s'agit pas ici de rejoindre le chœur indécent de ceux qui considèrent les minima sociaux comme trop généreux et pour cette raison désincitatifs à l'emploi, mais de pointer le fait que les rémunérations du travail soient insuffisantes, tout autant que les minima sociaux pour assurer à chacun une vie digne. Il faut néanmoins sur ce point faire preuve de réalisme : nul doute que les personnes en situation de pauvreté voient dans le fait de travailler une source de reconnaissance familiale et sociale, mais si le fait de travailler accentue la précarité financière, il engendrera nécessairement une réaction légitime de *sauvegarde*. Si un parent isolé doit avoir recours à une tierce personne pour prendre ses enfants à la sortie de l'école, nul doute qu'il réfléchira comme n'importe qui avant de prendre un emploi. Mettre à son débit un calcul que chacun pratique en permanence s'appelle du « mépris social »[22]. Le second phénomène renforce le premier et tient au fait que le SMIC est une rémunération

21 Comme l'est déjà d'ailleurs l'absence de processus de sélection à l'entrée dans l'expérimentation. Sur le régime juridique de l'emploi, v. art. 4, II.
22 V. E Renaut, *op cit*.

horaire minimale. Dès lors si l'emploi est à temps partiel, le risque est grand de voir la personne embauchée rejoindre la grande masse des « travailleurs pauvres »[23]. On perçoit alors combien est importante en la matière la combinaison des pratiques de Pôle emploi et de l'expérimentation TZCLD.

III - ÉVALUATIONS

Peu de politiques publiques, et c'est heureux, échappent désormais à l'exigence d'évaluation et les expérimentations moins que toute autre. Mais une évaluation ne vaut pas par le seul fait qu'elle est évaluation. Sa légitimité et sa pertinence dépendent des critères mis en œuvre et le choix des critères n'a jamais la neutralité axiologique qu'on lui prête. Le phénomène est normal mais comporte en contrepartie la nécessité d'une discussion sur les critères employés et sur l'impact de ces critères sur l'évaluation elle-même. Imagine-t-on un seul instant que les musiciens manipulant les cloches dans une symphonie de Malher soient évalués à la durée des sons desdites cloches dans l'ensemble de la symphonie ? La remarque est tellement évidente que j'hésiterais à la formuler si j'étais certain qu'une telle discussion sur les critères existe toujours. À cela s'ajoute le fait qu'en matière de politique sociale, on aimerait être certain que les destinataires des mesures et des actions soient reconnus pleinement aptes à participer au choix des critères.

S'agissant de l'expérimentation TZCLD, l'évaluation s'organise autour de trois ensembles de travaux. Le premier concerne les évaluations en provenance de l'intérieur du dispositif (désormais ETCLD-TZCLD). Le second, plus institutionnel rassemble les éléments issus du travail réalisé par le comité scientifique d'évaluation et trouve son fondement juridique dans la combinaison de l'article 7 de la loi du 29 février 2016 et des articles 23 et 24 du décret du 27 juillet 2016. Le troisième, lui aussi institutionnel, est la contribution apportée par le Rapport de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales (désormais IGF/IGAS). Ces travaux ne prennent tout leur sens que confrontés à quelques éléments chiffrés relatifs à l'ampleur du chômage de longue durée et de la pauvreté dans la France contemporaine.

III.1/ L'ampleur du chômage de longue durée et son impact social

En 2017, il y avait 3,564 millions de personnes indemnisables[24] (mais 899 000 personnes non indemnisées) et près de deux millions de personnes non indemnisables. Le montant moyen net d'assurance chômage était de 910 euros[25]. Les chiffres les plus récents[26] mettent en évidence de fortes inégalités selon le niveau de formation

23 P.Y Verkindt « Le travailleur pauvre : observations à partir du droit français » in *Droit social et travailleurs pauvres* Bruylant 2013, p. 189.

24 Catégories A, B, C et personnes dispensées de recherche d'emploi.

25 805 euros pour les femmes et 1 030 euros pour les hommes.

26 *Informations rapides du 14 août 2019*, n° 208, www.insee.fr consulté le 16 octobre 2019 donnent au trimestre 2019 un taux de chômage au sens du BIT de 8,5 % ce qui correspond à 2,4 millions de chômeurs V aussi Insee, Collection Insee Références, Emploi chômage, revenu, travail 2019, p. 108..

et l'âge[27]. S'agissant des chômeurs de longue durée, l'INSEE en repérait 900 000 au deuxième trimestre 2019 (3,2 % de la population active, le taux restant stable par rapport à celui du premier trimestre[28]). En regard, on rappellera que pour un seuil de pauvreté établi à 60 % du niveau de vie médian de la population, l'INSEE[29] relève 8,8 millions de personnes en deçà de ce seuil dont 2 millions de travailleurs pauvres (en plaçant le seuil de pauvreté à 50 % du revenu médian, un million de travailleurs pauvres sont comptabilisés). Selon la Drees, il y avait par ailleurs à fin 2018, 4,25 millions de titulaires de minima sociaux[30]. Si la pauvreté ne semble pas reculer[31], elle se caractérise par de forts contrastes d'ordre sociologique ou géographique. Au titre des premiers, on relèvera une nette surreprésentation des familles monoparentales (le taux de pauvreté de ces familles est de 38,3 %), des chômeurs dont plus du tiers a un revenu inférieur au seuil de pauvreté et des jeunes de moins de trente ans dont plus du quart sont pauvres au sens de l'INSEE. L'édition 2019 du Rapport sur les inégalités en France[32] permet par ailleurs de prendre la mesure des disparités géographiques. Aux inégalités entre régions s'ajoutent celles entre villes et à l'intérieur des villes, entre quartiers[33]. La perte de revenus du travail et la cohorte de ses conséquences en matière de logement, de santé, de consommation voire de difficultés familiales fait du chômage de longue durée un facteur d'exclusion[34] ainsi qu'une source de perte d'estime de soi.

III.2/ Les évaluations par les acteurs

L'évaluation de l'expérimentation entre dans les missions du Fonds. Nous disposons pour l'heure d'un Rapport intermédiaire et du Rapport d'analyse établi conjointement par le Fonds, l'association TZCLD et les différents acteurs et communiqué dans le cadre du diagnostic partagé souhaité par le Ministère du travail.

Une première évaluation réalisée en juin 2019 laisse apparaître que les 11 Entreprises à But d'Emploi (EBE) des dix territoires de l'expérimentation employaient 735 salariés correspondant à un peu plus de 665 équivalents temps plein. Sur un plan plus qualitatif, les métiers concernés sont diversifiés mais globalement appartiennent à quatre secteurs économiques : le service aux personnes, les tâches administratives, les activités liées à la récupération et au développement durable, les activités liées au tourisme et au développement touristiques des territoires. Le Rapport d'analyse ETZCLD et TZCLD de novembre 2019 relève que sur les dix territoires, 2 030 personnes

27 Ainsi en 2018, pour un taux de chômage moyen de 9,1, le taux de chômage des non diplômés est trois fois supérieur à celui des diplômés à Bac + 2 (16,9 % contre 5,3 %), celui des 15/24 ans et lui aussi trois fois supérieur à celui des cinquante ans et + (20,8 % contre 6,4 %). Le taux de chômage des ouvriers non qualifiés est de 17,8 % et des employés non qualifiés de 12,9 %. (au quatrième trimestre 2018, on dénombrait 6,582 demandeurs d'emploi des catégories A à E).

28 Les chiffres montrent un léger tassement du taux de chômage de longue durée en comparaison du taux relevé au deuxième trimestre 2018.

29 Insee Références, 27 février 2018, sur www.insee.fr (consulté le 6 janvier 2019).

30 DREES, Études et résultats n° 1133/ novembre 2019.

31 R. Lafore, « *La stratégie nationale de lutte contre la pauvreté : changement ou continuité ?* », RDSS 2018.943. V Dossier « La pauvreté en France » (dir. J. Damon) *in* Sciences Humaines, n° 313, 2019.

32 Observatoire des inégalités, Rapport 2019, Paris 2019.

33 Ibid p 148. Le phénomène n'est pas nouveau, v. E. Korsu, « *Pauvreté et territoires : la diversité des situations régionales* », Annales de la Recherche Urbaine, 2003/93, p. 33 ; Sur la notion de quartier au sens de l'Insee, v. Observatoire, *op cit* , p. 159.

34 *La vie quotidienne des demandeurs d'emploi*, La Documentation Française, 1989.

privées d'emploi ont été rencontrées et que 1 849 d'entre elles se sont portées volontaires. Au total 1 112 personnes sont sorties de la privation d'emploi dont 770 directement embauchées par une Entreprise à But d'Emploi. Agées en moyenne de 44 ans, elles ont une durée moyenne de chômage de 53, 9 mois. Le Rapport d'analyse insiste fortement sur le fait que TZCLD est un projet de territoire qui s'appuie sur une logique de traitement collectif de la privation d'emploi[35] et explique par ce rappel le hiatus qui a pu conduire le conseil scientifique d'évaluation et le Rapport IGF IGAS à émettre une appréciation mitigée des résultats économiques de l'activation des dépenses passives liées à la perte de l'emploi et au maintien au chômage[36].

III.3/ Les Rapports établis par le comité scientifique d'évaluation et par l'IGF/IGAS (novembre 2019) et leur réception

Le Rapport du comité scientifique était explicitement prévu par la loi[37] mais les ministres du travail et des finances ont confié à l'IGF et l'IGAS une mission d'évaluation du bilan économique et financier de l'expérimentation. S'agissant du Rapport intermédiaire du comité scientifique, s'il relève l'amélioration professionnelle et personnelle des personnes employées dans les Entreprises à But d'Emploi et sans exclure à terme une extension de l'expérimentation, il note que selon lui, d'une part les gains financiers pour la société sont sans doute moins importants qu'annoncés, d'autre part que des améliorations devraient être apportées notamment sur le plan du perfectionnement des parcours professionnels des personnes embauchées, et enfin qu'il faut laisser le temps nécessaire pour que les EBE puissent s'installer et s'approprier le dispositif. Le comité propose sept pistes d'amélioration particulièrement intéressantes. Parmi celles-ci, trois concernent (propositions n° 1, 2 et 3) la nécessité de préciser, d'expliciter et d'homogénéiser les règles (pour éviter par exemple les ruptures d'égalité entre les territoires), le rôle des acteurs, les conditions d'identification des personnes privées d'emploi et le critère de non-concurrence entre les EBE et les entreprises du secteur. Une proposition (n° 5) est à vocation financière puisque le comité considère que les EBE devraient se donner la possibilité de disposer de « fonds d'amorçage » pour le lancement de leurs activités. Trois propositions (n° 4, 6 et 7) peuvent être considérées comme relatives à la gestion des ressources humaines (adapter le rythme de recrutement aux structures, améliorer l'accompagnement et la formation professionnelle, professionnaliser le management intermédiaire des EBE). La mission confiée par les ministères à l'IGF et à l'IGAS était essentiellement économique et financière. Du Rapport réalisé avec l'aide de la Dares, émergent deux critiques principales et plusieurs propositions. La première critique porte sur le fait que le gain annoncé pour les finances publiques est sans doute moins important qu'envisagé initialement, la seconde est que les personnes éligibles ne sont pas systématiquement les plus

35 Rapport d'analyse ETZCLD-TZCLD novembre 2019, point 4.

36 *Ibid*, point 3.

37 On passera sur la polémique provoquée par la publication dans un grand quotidien économique d'un article critique sur l'expérimentation émanant d'un membre du comité scientifique sauf à noter d'une part, que l'article intervenait alors même que le Rapport n'était pas encore rendu public et d'autre part et surtout, et même si le titre n'est pas nécessairement du fait de son auteur, que ce titre « une expérimentation moins vertueuse qu'on ne le croit » traduit l'extraordinaire présomption d'une partie de l'économie contemporaine à dire ce qui est « vertueux » ou ne l'est pas. Le Rapport du comité se montre autrement plus nuancé et s'il considère que l'extension de l'expérimentation supposerait des améliorations pour lesquelles il fournit d'ailleurs quelques clés, il n'exclut pas l'entrée de nouveaux territoires dans le processus actuel.

éloignées de l'emploi et que l'expérimentation vise la pérennisation d'un emploi mais non nécessairement le retour dans un emploi non subventionné. Parmi les neuf propositions de réforme, deux envisagent le rapprochement avec les règles et modes de fonctionnement de l'économie sociale et solidaire (n° 4 et 7), plusieurs renvoient à une exigence de clarification et d'explicitation rejoignant les préconisations du comité scientifique (n° 5 sur les activités autorisées, n° 1 sur les personnes éligibles et notamment sur les plus éloignées de l'emploi, n° 6 sur le rôle des comités locaux, n° 8 sur les critères de poursuite ou de fin de l'expérimentation dans un territoire). Parmi les autres mesures envisagées, le renforcement de l'évaluation est proposé (n° 9) ainsi que l'accentuation des mécanismes de rationalisation économique (n° 1, 2 et 3). Dans l'attente des suites qui leur seront données, il faut relever que ces premiers travaux d'évaluation ont fait l'objet de discussions et de critiques. Parmi celles-ci, la position adoptée par ATD Quart Monde est la plus radicale. Pour Claire Hédon[38], l'évaluation est erronée s'agissant de l'évaluation des coûts du chômage[39] notamment en ne prenant pas en compte les coûts engendrés sur la santé[40] et en gommant le fait que l'expérimentation « *n'est pas juste un projet pour les personnes privées d'emploi, mais pour tout un territoire !* ».

À vrai dire, et pour conclure sans savoir pour l'heure ce que seront les décisions des pouvoirs publics sur le devenir de TZCLD, l'évaluation de l'expérimentation me semble laisser transparaître une confrontation entre deux logiques. La première qui pense la question de l'emploi en termes de « marché » me semble archétypale de la « gouvernance par les nombres » décrite par Alain Supiot[41] ; la seconde, qui est plutôt celle portée par les acteurs du projet ne dénie pas toute valeur aux chiffres mais les tempère par la centralité des personnes privées d'emploi dans leurs territoires de vie. Au risque évidemment de devoir donner du temps au temps.

38 C. Hédon, « Quel bilan pour Territoires zéro chômeur de longue durée ? » www.atd-quartmonde.fr (consulté le 7 janvier 2020). L'auteur, Présidente d'ATD Quart Monde, discute les conditions dans lesquelles l'évaluation par l'IGF et l'IGAS ont été réalisées (« *Nous ne comprenons pas que la mission IGAS/IGF ait pu émettre des recommandations sur le fonctionnement de l'expérimentation en ne se rendant que sur deux territoires pour une journée, avec à chaque fois un temps très limité consacré à la rencontre des acteurs de terrain. Comment appréhender toute la complexité de l'expérimentation sur un temps aussi court ?* »).

39 V sur ce point le Rapport d'analyse cité *supra*.

40 Le Rapport Frache du Cese publié en mai 2016 est sur ce point très éclairant (v. *supra*).

41 A. Supiot, *La gouvernance par les nombres*, Fayard, 2015.

La décentralisation des politiques sociales en question(s)

Par **Michel Borgetto**, Professeur à l'Université Paris 2 (Panthéon-Assas), Cersa (Paris 2/CNRS)

Michel Borgetto est Professeur à l'Université Paris 2 (Panthéon-Assas) où il dirige le master 2 « Droit sanitaire et social ». Il est aussi le directeur de la *Revue de droit sanitaire et social (éd. Dalloz). Parmi ses publications récentes, on retrouve Droit de la sécurité sociale* (avec Robert Lafore), Dalloz, 19e *éd., 2019 et Droit de l'aide et de l'action sociales* (avec Robert Lafore), Lextenso éditions, coll. « Précis Domat », 10e *éd., 2018.*

Près de 40 ans après « l'Acte I de la décentralisation », la répartition des compétences opérée en matière sociale suscite plus que jamais interrogations, controverses et débats. Alors que doit être examiné bientôt au Parlement un projet de loi prévoyant d'apporter plusieurs correctifs et innovations en la matière, il n'apparaît pas inutile, après avoir rappelé en quoi a consisté et ce à quoi a abouti, d'hier à aujourd'hui, la décentralisation des politiques sociales (I), de s'interroger sur ses perspectives d'évolution : c'est-à-dire, ici, sur les formes que pourraient revêtir, demain, les politiques en question (II)[1].

I - LA DÉCENTRALISATION DES POLITIQUES SOCIALES D'HIER À AUJOURD'HUI

S'il s'est traduit par d'importants transferts de compétences qui témoignent sans conteste de son étendue (I.1), le mouvement de décentralisation initié au début des années 1980 et complété depuis lors à plusieurs reprises n'en a pas moins généré un certain nombre de difficultés que les pouvoirs publics ne sont pas parvenus, jusqu'à présent, à véritablement surmonter (I.2).

I.1/ L'étendue de la décentralisation

Les politiques sociales menées aujourd'hui au niveau des territoires se trouvent fortement marquées par la nature même des principes ayant présidé au processus de décentralisation (I.1.1), lesquels ont débouché sur une place prééminente attribuée aux départements (I.1.2).

1 Cet article reprend et synthétise - tout en les actualisant - les analyses développées dans diverses contributions antérieures : sur ce point, v. not. M. Borgetto, Les transferts de compétences en matière d'aide et d'action sociales : entre changement et continuité, in *Annuaire 2004 des collectivités locales*, 2004, Ed. CNRS, p. 109 s. ; Les enjeux de la décentralisation en matière sociale, *Inform. soc.*, 2005, n° 121, p. 6 s. ; La décentralisation du « social » en débat (s), *Inform. soc.*, 2010, n° 162, p. 14 s. ; La décentralisation des politiques sociales : état des lieux, problèmes et enjeux, Annexe à HCFPS, *Rapport sur l'impact de la protection sociale et de son financement sur la distribution territoriale des revenus*, nov. 2015, p. 217 s. ; *Dépenses sociales des départements : les voies de la réforme*, Note rédigée pour Terra Nova, 29 p., déc. 2017.

I.1.1/ Les principes directeurs

En matière d'aide sociale, la décentralisation initiée en 1982-1983 (« Acte I ») s'est articulée autour de deux grands principes clairement énoncés par les pouvoirs publics.

Ces derniers ont voulu – premier principe – créer des « blocs de compétence » fondés sur le principe « *qui paie décide* » : l'idée qui a prévalu à l'époque étant que la charge financière de la prestation devrait désormais incomber à la collectivité compétente pour délivrer celle-ci. Ces mêmes pouvoirs publics ont voulu également – second principe – donner la prééminence au département au nom de la « *solidarité de proximité* » compte tenu à la fois de l'ancienneté et de l'importance des attributions de celui-ci en matière sanitaire et sociale : ce qui les a amenés à lui confier l'essentiel des compétences en matière d'aide sociale et à ne laisser à l'État que quelques prestations résiduelles réputées relever de la « solidarité nationale ».

Par la suite, ce schéma a connu divers aménagements et approfondissements, mais il n'a pas été fondamentalement remis en cause par ce qu'il est convenu d'appeler l'« Acte II de la décentralisation ». Au contraire, les textes adoptés en 2003-2004 ont encore accentué le processus : qu'il s'agisse de la loi du 18 décembre 2003, laquelle a transféré de l'État au département la charge de l'allocation du RMI. Ou qu'il s'agisse, surtout, de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, laquelle a conforté la prééminence du département en la matière : celui-ci s'étant vu reconnaître formellement un rôle de « chef de file » dans le domaine social puisque c'est lui qui, désormais, « *définit et met en œuvre la politique d'action sociale, en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de sécurité sociale* »[2].

Ces évolutions ont été prolongées, ultérieurement, par plusieurs textes allant dans le même sens : qu'il s'agisse de la loi du 5 mars 2007 relative à la protection juridique des majeurs, laquelle a confié au département un rôle central dans la gestion d'une mesure nouvelle, l'accompagnement social personnalisé ; ou qu'il s'agisse de la loi du 1er décembre 2008 créant le Revenu de solidarité active (RSA), laquelle a confirmé le département comme le pilote, dans son espace territorial, des politiques d'insertion[3].

En 2014 et 2015, le législateur a entendu de nouveau réaménager l'organisation générale du territoire via l'adoption d'un ensemble de textes venant compléter l'« Acte I » et l'« Acte II » de la décentralisation[4] ; dans le même temps où il favorisait la montée en puissance des métropoles et des intercommunalités, il supprimait la clause générale de compétence qui permettait notamment aux conseils départemental et régional de statuer sur tous les objets d'intérêt local dont ils sont saisis et ne l'a maintenue qu'au profit des communes. Cette suppression est bien entendu d'importance, dans la mesure où elle a eu à la fois pour objet et pour effet (sous réserve de certaines dérogations) de recentrer le département sur les seules compétences

2 CASF, art. L. 121-1 nouveau.

3 CASF, art. L. 115-2 : « les politiques d'insertion relèvent de la responsabilité des départements ».

4 Cet ensemble comporte trois grands volets : la loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (« loi MAPTAM ») ; la loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions ; et la loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (« loi NOTRe »).

(très majoritairement sociales) que lui confère la loi. En dehors de ces évolutions, le législateur s'est surtout attaché, au final, à maintenir le *statu quo* : il a pérennisé les départements[5] tout en réaffirmant leurs compétences en matière sociale.

I.1.2/ La répartition des compétences

La région ne s'étant vu confier aucun rôle décisif en matière sociale[6], c'est donc sur les départements et l'État et, accessoirement, sur les communes que repose l'essentiel du poids des politiques sociales menées au niveau des territoires.

En première ligne, figure ainsi le département, qui s'est vu attribuer une compétence générale s'agissant des « prestations légales d'aide sociale » : concrètement, cela signifie que celui-ci est en charge de l'ensemble de ces prestations, en dehors de celles qui sont expressément dévolues à l'État par l'article L. 121-7 du CASF. Bien qu'aucun texte légal ou réglementaire ne les énonce de manière exhaustive[7], on peut préciser la nature des principales prestations entrant dans la compétence du département : il s'agit pour l'essentiel de l'aide sociale à l'enfance, pour un montant net de 7,7 Mds en 2017 ; l'aide aux personnes âgées (aide-ménagère et participation aux frais de repas, aide financière au placement familial ou en établissement, allocation personnalisée d'autonomie) pour un montant de 7,3 Mds ; l'aide aux personnes handicapées (aide au maintien à domicile ou au placement en institution, prestation de compensation) pour un montant de 7,7 Mds ; l'aide à l'insertion et l'allocation du RSA, pour un montant de 11,6 Mds[8].

En deuxième ligne, figure l'État, lequel a vu son rôle devenir résiduel en matière de délivrance des prestations. Ses compétences sont limitativement énumérées à l'article L. 121-7 du CASF ; sont ainsi notamment à sa charge : les dépenses d'aide sociale pour les personnes sans domicile de secours ; les frais d'aide médicale de l'État pour un montant d'environ 680 millions d'euros en 2015 ; les frais d'hébergement, d'entretien et de formation professionnelle des personnes handicapées dans les établissements de rééducation professionnelle ; les dépenses liées aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale, celles liées aux centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA) ne faisant plus partie, aux termes de la loi du 29 juillet 2015 relative au droit d'asile, des « dépenses d'aide sociale de l'État »[9] ; les actions menées à l'égard des Français de l'étranger en difficulté, en particulier les personnes âgées ou handicapées[10].

5 Ces derniers ayant vu, alors, leur existence même être en débat : sur la question, v. M. Long, Le département après la loi NOTRe : un acte de décès non transformé, *AJDA*, 2015, p. 1912 et L. Janicot, Les départements : quel(s) avenir(s) ?, *AJDA*, 2019, p. 2417.

6 Ceci ne signifie pas, bien entendu, que la région ne dispose pas d'attributions (v. par ex. le rôle qu'elle joue en matière d'aide aux entreprises, de formation professionnelle ou encore dans la politique de la ville) pouvant avoir un impact en la matière.

7 Si la loi n° 2015-991 du 7 août 2015 (« loi NOTRe ») a entrepris, dans son article 94, d'énoncer les compétences sociales du département, elle l'a fait, cependant, en des termes beaucoup trop généraux pour qu'il soit possible d'identifier avec précision les prestations en question ; v. sur ce point l'art. L. 3211-1 nouv. du CGCT.

8 Les données chiffrées citées ci-dessus sont issues d'une étude de la DREES : v. *Études et résultats*, n° 1105, févr. 2019.

9 L. n° 2015-925 du 29 juillet 2015, art. 24 ; sur le plan financier, cependant, c'est toujours l'État qui prend en charge ces frais.

10 Les frais de fonctionnement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) qui étaient à la charge de l'État au titre de l'aide sociale sont, depuis le 1er janvier 2017, à la charge de l'assurance maladie (art. L. 344-4).

En dernière ligne, figurent les communes, lesquelles n'ont qu'un rôle très réduit en matière d'aide sociale puisqu'elles n'ont pour seule obligation que d'instruire les demandes d'aide sociale[11] ; en pratique, elles ne jouent un rôle pouvant être majeur qu'en matière d'action sociale : rôle qui se traduit alors par des actions et interventions purement facultatives, laissées à la discrétion des municipalités.

D'après les données statistiques, les dépenses sociales des communes (hors celles de moins de 10 000 habitants) avoisinent 5,5 Mds, ce qui correspond à environ 14-15 % des dépenses d'aide sociale des départements. Pour l'essentiel, les actions et interventions des communes prennent trois grandes formes : l'octroi de prestations (aides d'urgence, aides à la scolarité, bourses d'études…) ; *la création et la gestion d'établissements* (structures pour personnes âgées, structures d'accueil de la petite enfance, structures chargées de l'accompagnement des personnes en situation d'exclusion, services de consultations médicales…) ; *la mise en place de services à la personne* (portage ou livraison de repas à domicile…).

I.2/ Les difficultés de la décentralisation

Il convient d'expliciter ici la nature de ces difficultés (I.2.1) avant de tenter d'en dégager les origines (I.2.2).

I.2.1/ La nature de ces difficultés

Ces difficultés sont liées, à la croissance régulière tant du montant global des dépenses sociales des départements que du montant spécifique des dépenses restant à leur charge.

I.2.1.1/ La croissance des dépenses

On assiste en effet, depuis plusieurs années, à une croissance continue des dépenses sociales des départements. Alors qu'en 2007, les dépenses sociales brutes représentaient 26,57 Mds et les dépenses nettes 24,78 Mds[12], elles étaient passées, en 2011, respectivement à 32,15 Mds et 29,75 Mds puis, en 2017, à 40 Mds et 37,5 Mds[13]. Cette même année (2017), ces dépenses correspondaient à 65 % du budget global de fonctionnement des départements, lequel s'établissait à 61,3 Mds.

L'augmentation du montant de ces dépenses est liée à des facteurs d'ordre à la fois démographique (vieillissement de la population), socio-économique (chômage de masse avec son cortège de personnes en situation de pauvreté et d'exclusion) ou encore financier (mesures de revalorisation des prestations).

De manière plus précise, cette augmentation est liée principalement à la montée en puissance continue de certaines catégories de prestations. Parmi celles-ci, celles qu'il convient bien évidemment de mentionner en premier lieu forment ce qu'il est

11 CASF, art. L. 123-5.

12 La différence entre les dépenses brutes et les dépenses nettes résulte notamment de ce que les départements peuvent exercer des recours en récupération (art. L. 132-8 CASF) auprès des bénéficiaires de certaines aides (par. recours en cas de retour à meilleure fortune…), de leurs obliges alimentaires ou de leurs héritiers, procéder à des recouvrements auprès d'autres collectivités territoriales, se faire rembourser des prestations indues, etc.

13 Drees, *Études et résultats*, n° 1105, févr. 2019.

convenu d'appeler les allocations individuelles de solidarité (AIS), c'est-à-dire le revenu de solidarité active (RSA), l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH) : le montant des dépenses liées à ces trois seules allocations n'ayant cessé, au fil des ans, de croître de manière régulière puisqu'il est passé de 11,5 Mds en 2008 à… 17,5 Mds en 2015, pour représenter, en 2017, plus de la moitié des dépenses brutes (54 %).

Cependant, à côté de ces prestations, il est également une autre dépense qui, depuis quelques années, croît de manière substantielle : celle liée à l'accueil des mineurs non accompagnés (MNA) ; alors que le nombre de ces personnes était évalué à environ 2 500 en 2005, il s'élevait à plus de 13 000 en 2016, à 25 000 fin 2017 et plus de 40 000 fin 2018. Dans le même temps, le coût de la dépense n'a cessé de croître puisqu'il atteindrait désormais 2 Mds fin 2018[14].

I.2.1.2/ La croissance des restes à charge

L'essor des dépenses liées aux AIS ainsi que, depuis peu, à l'accueil des mineurs non accompagnés aurait pu ne pas plonger certains départements dans des difficultés financières quasi-inextricables si avaient été mis en place des dispositifs destinés à en amortir fortement et durablement les effets.

Mais tel n'a pas été le cas et, pour l'heure, tel n'est toujours pas le cas. Résultat : la situation financière des départements s'est dans l'ensemble fortement détériorée[15] : alors que les dépenses restées à leur charge au titre des seules AIS, c'est-à-dire non couvertes par des ressources transférées par l'État, étaient de 6,2 Mds en 2011, ce qui correspondait à un taux de couverture de seulement 59 %, elles s'élevaient, cinq ans plus tard, à 8 Mds, ce qui correspondait à un taux de couverture ramené à 54 %. S'agissant du seul RSA, le taux de couverture, qui était de 81 % en 2011, a régressé à 59,4 % en 2016, tout en demeurant cependant nettement supérieur à ceux attachés à l'APA et à la PCH (respectivement 35,7 % et 31 % en 2016)[16].

Quant à l'accueil des mineurs non accompagnés, il est assorti de conditions financières très défavorables aux départements ; certaines études ont établi que la compensation forfaitaire versée par l'État pour les dépenses exposées par ces derniers au titre de la période d'évaluation du mineur se révèle très insuffisante, puisque l'État ne couvrirait qu'un dixième seulement des coûts supportés par eux[17].

I.2.2/ L'origine de ces difficultés

Trois séries d'insuffisances sont à l'origine de ces difficultés : une insuffisance au niveau des mécanismes de compensation financière en cas de transfert de compétences de l'État vers les instances locales ou en cas de création ou d'extension de compétences en faveur de ces mêmes instances ; une insuffisance au niveau des

14 V. not. E. Doineau, J.-P. Godefroy, *Mineurs non accompagnés : répondre à l'urgence qui s'installe*, Rapport d'information n° 598 (2016-2017), 28 juin 2017, Sénat et Assemblée des départements de France (ADF), Dossier de presse, p. 13, oct. 2019.

15 Sur ce point, v. Cour des comptes, *Les finances publiques locales. Rapport sur la situation financière et la gestion des collectivités territoriales et de leurs établissements publics*, p. 233-234, octobre 2017 ; Mission Finances locales, *Rapport sur le financement des allocations individuelles de solidarité*, p. 18 et s., avr. 2018.

16 Et encore, ces données chiffrées se révèlent-elles inférieures à celles que fournit régulièrement l'ADF.

17 V. E. Doineau, J.-P. Godefroy, *Mineurs non accompagnés : répondre à l'urgence qui s'installe…* (*op. cit.*), p. 41.

mécanismes de péréquation financière entre collectivités territoriales ; et une insuffisance au niveau des ressources financières dont disposent lesdites collectivités.

I.2.2.1/ L'insuffisance des mécanismes de compensation financière

Certes, depuis la loi de révision constitutionnelle du 17 mars 2003, l'article 72-2 nouveau de la Constitution prévoit que « tout transfert de compétences entre l'État et les collectivités territoriales s'accompagne de l'attribution de ressources équivalentes à celles qui étaient consacrées à leur exercice » et que « toute création ou extension de compétences ayant pour conséquence d'augmenter les dépenses des collectivités territoriales est accompagnée de ressources déterminées par la loi ».

La portée de cette disposition se révèle néanmoins, au final, limitée : d'abord, parce qu'il faut et il suffit que soient attribuées, en cas de transfert de compétences, des ressources équivalentes à celles qui étaient consacrées à l'exercice desdites compétences *au moment* où a lieu le transfert en question ; et ensuite, parce qu'il n'est fait obligation au législateur, en cas de création ou d'extension de compétences, que d'accompagner celles-ci de ressources… dont il est libre de déterminer le volume. En d'autres termes, dans le premier cas, la Constitution n'impose pas au législateur de faire varier la ressource transférée en fonction de l'évolution de la dépense (absence d'un mécanisme de compensation « glissante ») ; et, dans le second cas, elle ne lui impose pas non plus d'assortir la création ou l'extension de compétences d'un montant de ressources correspondant exactement au montant des dépenses mises à la charge de la collectivité territoriale. Ce qui rend quasiment inévitable – outre que ne se creusent dans les faits des inégalités plus ou moins sensibles entre collectivités – que ne s'accroisse, pour les départements, le montant de leurs restes à charge…

Or, le contrôle exercé par le juge constitutionnel ne permet pas de résoudre la difficulté : en effet, s'il vérifie que l'encadrement juridique des compétences locales est de nature à prévenir la survenance de « ruptures caractérisées d'égalité »[18] sur le territoire national, le juge s'abstient en revanche – l'article 72-2 alinéa 4 ne lui imposant nullement, en l'occurrence, d'aller au-delà – de vérifier que les modalités financières de la décentralisation ne sont pas susceptibles, elles aussi, de générer de telles ruptures.

Adoptée notamment lors du transfert, en 2003, de l'allocation du RMI aux départements[19], cette position a été solennellement réaffirmée en 2011 dans trois décisions QPC (questions prioritaires de constitutionnalité) mettant en cause les dispositifs de financement du RSA, de l'APA et de la PCH[20].

I.2.2.2/ L'insuffisance des mécanismes de péréquation financière entre collectivités territoriales

L'existence de tels mécanismes est certes prévue par les textes et en particulier par la Constitution : la loi de révision du 28 mars 2003 a introduit, à l'article 72-2, alinéa 5 de celle-ci, une disposition nouvelle indiquant que « la loi prévoit des dispositifs de péréquation destinés à favoriser l'égalité entre les collectivités territoriales ». Cette novation a pour autant été vidée d'une grande partie de sa portée par le juge constitu-

18 Cons. const., décision n° 96-387 DC, 21 janvier 1997, consid. 11.
19 Cons. const., décision n° 2003-487 DC, 18 déc. 2003.
20 Cons. const., décisions n° 2011-142-145 (RMI/RSA), n° 143 QPC (APA) et n° 144 QPC (PCH) du 30 juin 2011.

tionnel : celui-ci ayant considéré que « *cet alinéa, qui a pour but de concilier le principe de liberté avec celui d'égalité par l'instauration de mécanismes de péréquation financière, n'impose pas que chaque type de ressources fasse l'objet d'une péréquation* »[21].

Là aussi, cette situation se révèle, bien entendu, tout à fait problématique : elle ne peut pas ne pas conduire, dans la mesure où les départements sont inégaux en besoins et en moyens, à ce que se creusent des inégalités plus ou moins importantes d'une collectivité à l'autre sur le territoire national.

I.2.2.3/ L'insuffisance des ressources financières des collectivités locales

En effet, ces ressources, qui se caractérisent par une grande hétérogénéité (dotations de l'État, fractions d'impôts nationaux, fiscalité locale), ne permettent pas de satisfaire l'ensemble des besoins auxquels doivent faire face ces dernières. Il s'agit ici d'une situation ancienne que la suppression récente de la taxe d'habitation n'a guère améliorée puisque, pour compenser cette suppression, les départements verront la taxe sur le foncier bâti, qu'ils percevaient, transférée aux communes[22].

Les collectivités locales souffrent donc d'un « effet de ciseau » qui se révèle catastrophique pour certaines d'entre elles : à la diminution des recettes en liaison avec la crise répond en effet une augmentation des dépenses en liaison avec cette même crise.

II - QUELLE DÉCENTRALISATION DES POLITIQUES SOCIALES DEMAIN ?

Si l'on s'interroge sur ce que seront ou pourraient être demain les politiques sociales locales, deux grandes évolutions peuvent être envisagées qui, en dépit des apparences, ne se révèlent nullement exclusives l'une de l'autre : la première résiderait dans un réajustement limité des compétences respectives de l'État et des départements, lequel se traduirait par un renforcement des compétences du premier (II.1) ; quant à la seconde, elle résiderait dans une accentuation plus ou moins poussée du processus de décentralisation, laquelle se traduirait par un renforcement du rôle joué par les départements (II.2).

II.1/ Vers un renforcement des compétences sociales de l'État ?

Ce renforcement pourrait prendre deux grandes directions : l'une conduirait à recentraliser l'allocation du RSA dans le cadre de la mise en place du Revenu universel d'activité (RUA) – la charge en étant confiée à l'État – et l'autre à accroître le rôle de l'État en matière d'accueil des mineurs non accompagnés (MNA).

21 Cons. const., décision 2003-474 DC, 17 juil. 2003, consid. 18 ; dans le même sens, v. aussi Cons. const., décision n° 2003-487 DC, 18 déc. 2003 (précitée), consid. 15.

22 Certes, les départements bénéficieront du transfert d'une fraction de TVA : mais ils sont résolument hostiles à ce dispositif, qui ne tient pas compte, selon eux, « du dynamisme respectif de ces deux ressources » (ADF, motion Bourges, oct. 2019).

II.1.1/ La recentralisation de l'allocation de RSA via la mise en place du Revenu universel d'activité

En 2020, devrait être discuté au Parlement un projet de loi instituant un nouveau dispositif - le Revenu universel d'activité - destiné à fusionner diverses allocations existantes dont, notamment, le RSA, la prime d'activité, l'APL, l'AAH, l'ASS… Pour l'heure, il est encore trop tôt pour connaître avec certitude à la fois le périmètre de la nouvelle prestation (l'AAH y sera-t-elle au final intégrée, etc. ?) et son mode de financement (le RSA incombe aujourd'hui aux départements, la prime d'activité à l'État, l'APL à la fois aux employeurs, aux régimes de prestations familiales et à l'État, etc.).

Néanmoins, il pourrait être judicieux de mettre à profit la mise en place du RUA pour confier à l'État – ce qui ne ferait ici que renouer avec un principe qui avait été consacré par la loi du 1er décembre 1988 sur le RMI – le financement du « volet RSA » dans le cadre du RUA[23].

En effet, les arguments en faveur d'une telle mesure seraient nombreux, que l'on se place sur le plan des principes ou sur le plan pratique.

Sur le plan des principes, on pourrait faire valoir – outre que ce ne serait pas la première fois, depuis les lois de 1982-1983, qu'il y aurait une recentralisation limitée en matière sociale[24] – d'abord, que les départements n'ont strictement aucune marge de manœuvre en la matière, les principaux éléments du régime juridique du RSA et, notamment, ses conditions d'attribution étant fixés non pas au niveau local mais au niveau national ; dès lors, est-il vraiment pertinent que ces collectivités soient tenues d'assumer les dépenses d'une prestation sur laquelle elles n'ont strictement aucune prise, même pas son montant qui se trouve revalorisé régulièrement par décret ?… Ensuite, que l'État a une vocation particulière à prendre en charge les personnes éligibles au RSA dans la mesure où il est traditionnellement compétent pour les personnes les plus précaires ou en difficultés : c'est lui, on le sait, qui assume les frais de fonctionnement des CHRS, les dépenses engagées en faveur des « personnes dont la présence sur le territoire métropolitain résulte de circonstances exceptionnelles et qui n'ont pu choisir librement leur lieu de résidence, ou les personnes pour lesquelles aucun domicile fixe ne peut être déterminé » ou encore les frais d'aide médicale d'État en faveur, notamment, des étrangers en situation irrégulière[25]. Enfin, qu'il y aurait une certaine cohérence à regrouper dans les mains d'un même financeur à la fois le RSA et la prime d'activité…

Sur le plan pratique, il suffira de souligner que cette recentralisation, précisément, permettrait de remédier assez largement aux difficultés financières rencontrées par

23 On rappellera à cet égard que, pour le législateur de 1988, il était parfaitement normal et logique que ce soit l'État qui assume la pleine responsabilité de l'allocation et non une autre collectivité ; en ce sens, v. par ex. J.-P. Worms, AN, séance du 4 oct. 1988, p. 641 : « qui est responsable de l'allocation ? Sans aucun doute l'État (…). Il n'y a (…) là rien de choquant au regard des principes de la décentralisation, car celle-ci a toujours réservé à l'État la responsabilité de la solidarité vis-à-vis des populations les plus fragiles, des situations les plus précaires » ; v. aussi C. Evin, AN, séance du 10 oct. 1988, p. 720 : « les principes qui régissent l'attribution de l'allocation ne me paraissent pas contraires aux lois de décentralisation. Celles-ci ont déjà réservé à l'État, en matière sociale, des compétences relevant de la solidarité avec les exclus : je pense par exemple aux centres d'hébergement et de réadaptation à caractère social… ».

24 En effet, l'institution, en 1999, de la CMU avait débouché sur la suppression de l'aide sociale départementale (laquelle constituait historiquement le premier développement de l'assistance publique) et sur son remplacement par un système de protection non plus local mais national… On pourrait encore faire valoir, par ailleurs, que dans la plupart des pays européens ayant consacré un revenu minimum garanti, celui-ci est le plus souvent financé par la solidarité nationale.

25 Art. 345-1 et s., L. 111-3 et L. 251-1 et s. CASF.

les départements. Mais pour que cette recentralisation soit pleinement pertinente et légitime, encore faudrait-il, d'une part que l'année de référence retenue pour opérer le transfert (l'État reprenant alors aux départements un montant de ressources équivalent à celui des dépenses) ne soit pas trop pénalisante pour des départements ayant vu leur reste à charge croître d'année en année[26]. Et, d'autre part, que des conventions liant l'État et les départements soient passées aux termes desquelles ces derniers prendraient certains engagements dans le cadre des politiques d'insertion dont ils garderaient la responsabilité : des mécanismes d'intéressement pouvant même être mis en place en fonction de l'importance des crédits consacrés à ces politiques, du taux de sortie des bénéficiaires, etc.

II.1.2/ La modification des rapports État/départements s'agissant des mineurs non accompagnés

À l'heure actuelle, les dépenses engagées dans le cadre de la mission de mise à l'abri et d'évaluation de la situation de ces mineurs qui incombe aux départements sont remboursées par l'État de manière forfaitaire. Or ce remboursement, qui est calculé par jour et par mineur pris en charge, dans la limite désormais de 23 jours (et non plus de 5 jours), se révèle nettement insuffisant, malgré plusieurs améliorations survenues en 2018 et 2019[27] : de là, la nécessité de poursuivre les efforts.

S'agissant, tout d'abord, de l'évaluation et de l'accueil d'urgence, deux options, en fait, se présentent.

La première consisterait à procéder à un transfert pur et simple de compétences au profit de l'État : dans la mesure où l'arrivée régulière de mineurs étrangers non accompagnés résulte de la mondialisation et des flux migratoires qu'elle induit, il ne serait nullement illogique – même si les MNA ont toujours été soigneusement distingués des demandeurs d'asile s'agissant de leur protection – que ce soit à l'État, en charge des politiques migratoires, qu'incombe le soin d'évaluer la situation du mineur, de vérifier sa minorité et de le protéger avant de pouvoir se prononcer. Et ce, d'autant plus que, s'il apparaît que le jeune est non pas mineur mais majeur, c'est lui qui devra le prendre en charge via les structures d'hébergement d'urgence. Autant dire que l'État n'aurait, dans cette perspective, aucun intérêt véritable à contester la minorité de l'enfant : ce qui n'est pas toujours le cas, aujourd'hui, de la part de certains départements, d'aucuns étant parfois tentés de conclure à la majorité du jeune pour ne pas avoir à en assumer la responsabilité.

La seconde consisterait à maintenir les compétences actuelles des départements, sous réserve, cependant, qu'elles soient intégralement prises en charge, sur le plan financier, par l'État ; défendue par certaines autorités[28] et associations, cette option

26 On sait en effet que c'est sur ce point qu'ont achoppé, en juin 2016, les discussions entre l'État et les départements en vue d'une éventuelle recentralisation du RSA. Or, il est clair que plus l'année de référence choisie est récente, plus les départements se trouvent pénalisés puisque le coût du RSA n'a cessé de s'alourdir au fil des ans.

27 Aujourd'hui, l'État verse aux départements une aide partielle sur la phase d'accueil et d'évaluation pour un montant forfaitaire de 500 € par jeune ayant fait l'objet d'une évaluation ; s'ajoute une participation de l'État pour la mise à l'abri du jeune, d'un montant de 90 € par jour pendant 14 jours, réduit à 20 € entre le 15e et le 23e jour. Par ailleurs, l'État s'est engagé à verser une aide forfaitaire d'un montant de 6 000 € par jeune pour 75 % des jeunes MNA supplémentaires (d'une année sur l'autre) confiés aux départements par le juge judiciaire. Au final, selon l'ADF, l'État ne prendrait en charge que 14 % des 2 Mds dépensés en la matière par les départements : ADF, Dossier de presse (*op. cit.*), p. 14.

28 V. par ex. Défenseur des droits, Avis n° 17-10, 11 oct. 2017, p. 14.

aurait certes pour avantage de maintenir continûment dans le droit commun de la protection de l'enfance l'ensemble des mineurs se trouvant en danger : l'idée sous-jacente étant que s'ils sont certes étrangers, les mineurs sont aussi et avant tout des enfants et adolescents en danger qui doivent bénéficier, à ce titre, de la même protection que celle offerte à n'importe quel autre mineur en danger. Sans devoir être a priori écartée, cette solution pourrait cependant se voir objecter cela même qu'elle postule implicitement mais nécessairement : à savoir qu'une intervention directe par l'État de l'évaluation et de l'accueil d'urgence serait forcément moins protectrice – en tant qu'elle ne concernerait qu'une catégorie particulière d'enfants – qu'une prise en charge par les départements : ce qui ne va pas de soi, sauf à refuser par principe tout traitement différencié fondé sur des différences objectives de situation…

Mais au regard du présent propos, peu importe, au fond, l'option qui serait prise : que l'État prenne lui-même directement en charge l'évaluation et l'accueil d'urgence ou qu'il rembourse aux départements les dépenses qu'ils auraient engagées dans le cadre de cette mission restée dans le champ de leurs compétences, l'essentiel est que ces derniers voient leurs frais assumés non par eux mais par celui qui a la pleine responsabilité des politiques migratoires, à savoir l'État.

S'agissant ensuite du sort réservé au jeune étranger une fois sa minorité établie, il conviendrait ici, bien entendu, de le maintenir dans le droit commun en le confiant au service de l'aide sociale à l'enfance. Toutefois, compte tenu de la spécificité de cette population dont la présence même sur le territoire national renvoie à la politique migratoire du pays, il serait logique que l'État les prenne financièrement en charge et compense intégralement les dépenses afférentes.

II.2/ Vers une accentuation de la décentralisation ?

À l'ordre du jour dans le cadre du projet de loi « 3D » (Décentralisation, Différenciation, Déconcentration) examiné prochainement par le Parlement, cette accentuation pourrait s'orienter, pour l'essentiel, dans trois grandes directions : un renforcement des moyens financiers des départements (II.2.1), une extension de leurs compétences (II.2.2), un accroissement de leurs pouvoirs (II.2.3).

II.2.1/ Vers un renforcement des moyens financiers des départements ?

Plusieurs pistes pourraient être empruntées dans le cadre de ce renforcement, qui vont d'un réajustement de la compensation financière mise en œuvre par l'État à une réforme en profondeur de leurs ressources fiscales en passant par une amélioration des mécanismes de péréquation entre les collectivités.

II.2.1.1/ La compensation financière

Sans doute aurait-il été souhaitable, lorsque fut adoptée la loi constitutionnelle du 27 mars 2003, de poser en principe que tout transfert, création ou extension de compétences devrait désormais être assorti d'un mécanisme de compensation financière non plus *statique* (compensation calculée une fois pour toutes) mais au contraire *dynamique* (ou « glissante ») : l'État prenant en charge, selon une clé de répartition qu'il

appartiendrait à la loi de déterminer (50/50, 60/40, 70/30…), une fraction de l'augmentation de la dépense créée ou transférée. Cependant, il n'est pas trop tard pour (ré) agir : le législateur ordinaire pouvant toujours décider, s'agissant de l'APA et de la PCH (et le cas échéant de l'allocation du RSA si celle-ci devait *in fine* rester à la charge des départements), que l'État compensera à l'avenir, selon une clé de répartition à définir (par exemple 50/50), l'augmentation des dépenses non couvertes par les transferts financiers de l'État.

Une telle solution (qui ne saurait être confondue avec une autre relevant d'un mécanisme de péréquation horizontale : v. *infra*) présenterait l'avantage d'être à peu près viable et pérenne tout en se révélant pleinement conforme à l'idée de décentralisation : puisque les départements se verraient de la sorte responsabilisés (ils supporteraient une partie des dépenses) sans être pour autant étranglés (ils seraient soutenus et accompagnés financièrement par l'État).

II.2.1.2/ La péréquation entre les collectivités

Même si les pouvoirs publics ont adopté, ces dernières années, plusieurs mesures visant à améliorer la péréquation horizontale[29], celles-ci n'en méritent pas moins d'être améliorées aussi bien pour combattre les inégalités existant entre les collectivités concernées[30] que pour procurer aux départements les plus affectés par le poids des dépenses sociales des ressources leur permettant de faire face à leurs charges.

Plusieurs pistes ont à cet égard émergé dans le débat public. Première piste : relever les droits de mutation à titre onéreux prélevés sur les départements les plus riches (lesquels sont, au demeurant, les moins touchés par la hausse des dépenses sociales) en vue d'abonder les fonds de solidarité existants. Préconisée par la Cour des comptes, cette mesure pourrait être paramétrée de telle sorte qu'elle permette à l'ensemble des départements de réduire de moitié leur écart à la moyenne des taux d'épargne brute[31].

Autre piste, mise en avant à intervalles réguliers par des membres de l'ADF : organiser une péréquation non plus horizontale mais verticale entre l'État et les départements. De manière plus précise, il s'agirait « de créer une dotation d'État calculée sur la base d'un écrêtement pour chacune des trois allocations à partir du moment où le reste à charge par habitant devient supérieur à la moyenne nationale » : ainsi, assurent ses promoteurs, « ce mécanisme permettrait aux départements de limiter le financement de chacune des allocations au coût moyen, le dépassement étant supporté par la solidarité nationale »[32]. À première vue, ce mécanisme de péréquation semble assez proche de celui consistant pour l'État à compenser, selon une clé de répartition à définir, les dépenses des départements non couvertes par les transferts

29 V. le Fonds national de péréquation des droits de mutation à titre onéreux (DMTO) créé en 2011 ou encore le Fonds de solidarité pour les départements créé en 2014.

30 L'observation montre en effet clairement que les départements qui ont des dépenses sociales importantes et donc des restes à charge conséquents ne sont pas ceux, bien au contraire, qui disposent des ressources fiscales les plus fortes…

31 Cour des comptes, *Les finances publiques locales…* (*op. cit.*), p. 296. On rappellera que l'épargne brute est égale à la différence entre les produits et les charges de fonctionnement.

32 Cette proposition a été formulée initialement fin juin 2016 par deux présidents de conseils départementaux, M. Dagbert et J.-R. Lecerf ; elle a été reprise par la suite par certains membres de l'ADF (v. par ex. F. Bierry, *L'avenir des politiques sociales des départements* (*op. cit.*), p. 29) puis par l'ensemble de l'ADF (v. ADF, Dossier de presse, 22 sept. 2017, p. 10).

financiers auxquels il procède : dans les deux cas, l'État intervient pour assumer une partie des restes à charge. Il s'en sépare cependant dans la mesure où le mode de calcul de la somme versée par l'État n'est pas le même d'une hypothèse à l'autre car fonction de paramètres que l'on ne retrouve pas dans chacune d'elles (clé de répartition, coût moyen par habitant…).

II.2.1.3/ Leurs ressources fiscales

Faute de place, il ne saurait bien évidemment être question ici d'analyser dans le détail l'ensemble des réaménagements susceptibles d'être opérés en matière de fiscalité locale[33]. Si plusieurs pistes peuvent être envisagées[34], il en est une, cependant, qui semble plus particulièrement judicieuse, surtout si le financement du RSA devait *in fine* rester à la charge des départements sans que pour autant on assiste à une implication accrue de l'État s'agissant de leurs dépenses (pas de compensation financière, pas de péréquation verticale…) : en l'occurrence, le transfert à leur profit d'une fraction de contribution sociale généralisée (CSG). En effet, un tel transfert se révèlerait à la fois cohérent et efficient ; cohérent, dans la mesure où la CSG est un prélèvement affecté aux dépenses non pas seulement de sécurité sociale mais aussi à la protection sociale en général, ainsi qu'en témoigne la fraction de CSG (0,1 point) affectée longtemps (jusqu'en 2015) à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ; et efficient, dans la mesure où d'une part, les départements disposeraient ainsi d'une ressource dynamique ; et où, d'autre part, cette contribution se voit dotée d'un rendement très élevé : 1 point de CSG « rapporte » aujourd'hui 12 Mds environ. Il suffirait donc de transférer aux départements quelques dixièmes de point pour que leurs ressources augmentent de manière plus ou moins substantielle…

Si elle devait advenir, il serait bien évidemment nécessaire que cette affectation d'une part de CSG aux départements s'inscrive dans le cadre d'une mise à plat de l'ensemble des ressources fiscales et financières perçues par les départements, et ne s'introduise pas dans la législation au détour d'un bref débat au Parlement.

II.2.2/ Vers une extension des compétences des départements ?

Compte tenu du rôle limité susceptible d'être joué par les métropoles, l'idée selon laquelle les départements devraient se voir accorder des compétences élargies en matière sociale tend de nouveau à prévaloir : si l'on en doutait, il suffirait de recenser quelques-unes des revendications formulées aujourd'hui par ces derniers.

II.2.2.1/ Le rôle limité joué par les métropoles

La loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (« loi NOTRe ») a pu donner à penser que l'on s'orienterait, à terme, vers une certaine « métropolisation » de l'action sociale[35] ; cette loi a en effet imposé aux départements

33 Ce, d'autant que la suppression de la taxe d'habitation a complexifié sensiblement l'ensemble des finances locales (v. *supra*).

34 En ce sens, v. par ex. la proposition du collectif « Territoires unis » visant notamment à « modifier la Constitution afin de garantir l'autonomie financière (et fiscale) des collectivités, oct. 2019.

35 V. R. Lafore, La métropolisation de l'action sociale, *RDSS*, 2015, p. 525 et s. On laissera par ailleurs de côté, ici, la solution retenue par la métropole de Lyon (absorption pure et simple du département), celle-ci n'étant guère susceptible d'être étendue à l'ensemble du territoire national…

de passer avec la métropole une convention identifiant au moins trois compétences sur un groupe de huit, susceptibles d'être transférées ou déléguées à cette dernière : compétences parmi lesquelles un certain nombre sont exercées dans le domaine social[36].

Pour autant, la montée en puissance des métropoles n'a pas eu pour effet, jusqu'à présent en tout cas, de modifier de manière significative les politiques sociales locales et, au-delà, d'apporter une réponse pérenne aux difficultés financières des départements[37] : non pas seulement parce que les transferts ou délégations de compétences prévus par la loi se voient inévitablement accompagnés, pour les départements, de transferts de ressources à la métropole ; mais aussi et surtout parce que les grandes prestations nationales (APA, PCH, RSA) se trouvent toutes exclues des compétences susceptibles d'être transférées ou déléguées à celle-ci[38]...

II.2.2.2/ Les revendications formulées par les départements

Sans doute, est-il encore trop tôt pour connaître avec précision les principales dispositions qui figureront dans la « loi 3D » ; mais d'ores et déjà, il est possible d'identifier quelques-unes des compétences qui, revendiquées par les départements[39], ne manqueront pas de susciter débats et controverses.

S'agissant des travailleurs sociaux, les départements souhaiteraient ainsi récupérer auprès des régions une délégation de l'organisation des formations du secteur social : ce qui pourra apparaître aux uns comme logique au regard du rôle éminent que les départements jouent en matière sociale et aux autres... source de complexité voire d'incohérence au regard du bloc de compétences constitué autour de la région dans le domaine de la formation.

S'agissant du secteur médico-social, les départements souhaiteraient également « une modification du pilotage » avec notamment le déploiement d'agences départementales des solidarités placées sous le pilotage des conseils départementaux pour assurer la coordination locale des acteurs publics et privés, et simplifier le parcours de l'usager : ce qui leur donnerait notamment la maîtrise en matière de tarification des établissements et services ; mais il n'est pas sûr que ce souhait soit exaucé, les directeurs desdits établissements faisant valoir qu'une telle évolution aboutirait notamment à une amplification des écarts d'APA, déjà conséquents, entre départements et plaidant, dès lors, pour confier la gouvernance du secteur aux agences régionales de santé...

S'agissant de la santé, les départements souhaiteraient récupérer la compétence dans le domaine de la santé scolaire, de 3 ans à 16 ans, sous conditions de ressources

36 Sont notamment concernées l'attribution des aides au titre du fonds de solidarité pour le logement, l'aide aux jeunes en difficulté, les interventions auprès des personnes âgées et l'action sociale en général, à l'exclusion, cependant, de la prise en charge des prestations légales d'aide sociale. Pour les départements, ces opérations de transfert ou de délégation constituent une obligation stricte assortie d'une sanction très concrète : s'ils n'ont pas signé dans les délais impartis la convention prévue, la loi prévoit que toutes les compétences concernées soient alors transférées *de plein droit* à la métropole : L. n° 2015-991 du 7 août 2015, art. 90.

37 Sur l'ensemble de la question, v. not. B. Faure, Les métropoles « et le désert français ? », *AJDA*, 2019, p. 2430 et s.

38 On remarquera au passage que les métropoles concernées (celles de Lyon et du Grand Paris n'étant pas visées) n'ont manifesté qu'un intérêt limité pour la reprise des compétences sociales départementales, les accords passés ne prévoyant le plus souvent qu'un transfert de trois compétences, soit le minimum exigé par la loi.

39 ADF, Dossier de presse, p. 13, oct. 2019.

transférées ; il s'agit là d'une revendication ancienne : un tel transfert figurait en effet en 2003 dans le projet de loi sur les responsabilités locales mais n'avait pas été validé, l'Assemblée nationale ayant alors considéré que le service public de l'éducation nationale était le plus à même de travailler en bonne complémentarité avec l'ensemble des acteurs de la santé et du parcours de l'enfant.

S'agissant de la famille, les départements proposent encore une reprise partielle des missions dévolues aujourd'hui aux Caf en faveur des familles (soutien à la parentalité, accompagnement des structures d'accueil de la petite enfance) tout en laissant aux Caf l'ouverture des droits et la gestion de prestations familiales…

II.2.3/ Vers un accroissement des pouvoirs des départements ?

Faute de pouvoir bénéficier, en l'état actuel du droit, d'un élargissement du pouvoir réglementaire, les départements pourraient-ils tirer profit de la consécration programmée du principe de différenciation ?

II.2.3.1/ L'élargissement problématique du pouvoir réglementaire

Pour à la fois maîtriser les coûts afférents aux compétences sociales qui leur ont été dévolues et donner davantage de substance au principe constitutionnel de libre administration des collectivités locales, les départements ont émis de longue date le souhait de disposer de pouvoirs accrus dans l'exercice de leurs compétences via, notamment, un élargissement plus ou moins substantiel de leur pouvoir réglementaire[40].

Mais en l'état actuel du droit, un tel souhait ne saurait être exaucé ; à ceci, une raison simple : c'est que le pouvoir réglementaire des collectivités territoriales reconnu à l'article 72, alinéa 3 de la Constitution[41] n'est pas un pouvoir autonome ou « inconditionné » mais au contraire, ainsi que l'a rappelé en 2012 le Conseil d'État, un pouvoir dérivé devant s'exercer dans le respect des lois et règlements nationaux en vigueur[42].

Sans doute, pourrait-on fort bien concevoir que « le législateur dote les collectivités territoriales d'un pouvoir réglementaire pour l'exercice d'une compétence déterminée »[43] ; mais si tel était le cas, encore faudrait-il que l'exercice de ce pouvoir ne porte pas atteinte au principe d'égalité : or le juge constitutionnel a toujours considéré, s'agissant du moins des AIS, que si une collectivité locale pouvait se voir confier la gestion d'une prestation de solidarité nationale, c'était sous réserve d'une part, que les dispositions réglementaires et les décisions individuelles prévues par la loi soient « prises, sous le contrôle du juge de la légalité, de façon à ne pas aboutir à mettre en cause les dispositions du Préambule » ; d'autre part et surtout, que la loi se soit efforcée de « prévenir par des dispositions appropriées la survenance de ruptures caractérisées d'égalité dans l'attribution de la prestation »[44]. Ainsi, n'est-ce qu'après avoir pris acte d'un certain nombre d'éléments présumés assurer une protection minimale du principe d'égalité que le juge a conclu, s'agissant de la prestation spécifique

40 V. par ex. F. Bierry, *L'avenir des politiques sociales des départements*, ADF, oct. 2016, p. 17.
41 « Dans les conditions prévues par la loi, ces collectivités s›administrent librement par des conseils élus et disposent d›un pouvoir réglementaire pour l›exercice de leurs compétences ».
42 Conseil d'État, Avis, 15 nov. 2012, n° 387095.
43 Conseil d'État, Avis précité.
44 Cons. const., décision n° 96-387 DC, 21 janv. 1997 (précitée), cons. 9 et 11.

dépendance, de l'APA ou encore du RMI, à l'absence de violation dudit principe[45].

Autant dire que, pour l'heure, l'élargissement du pouvoir réglementaire des collectivités locales ne saurait constituer une solution pertinente au problème posé.

II.2.3.2/ La consécration programmée du principe de différenciation

Aujourd'hui, l'article 72 de la Constitution prévoit la possibilité pour les collectivités locales de « déroger, à titre expérimental et pour un objet et une durée limités, aux dispositions législatives ou réglementaires qui régissent l'exercice de leurs compétences » : étant entendu qu'une fois l'expérimentation terminée, il n'y a alors qu'une alternative, à savoir étendre la mesure à tout le territoire, ou bien l'abandonner.

Pour favoriser à la fois l'essor des expérimentations et une meilleure adaptation du droit à la spécificité des territoires, le projet de loi constitutionnelle pour un renouveau de la vie démocratique a prévu, dans son article 10, de modifier l'article 72 et de consacrer un véritable « droit à la différenciation » : droit au terme duquel certaines collectivités territoriales pourraient désormais être autorisées par la loi d'une part, à exercer « des compétences, en nombre limité, dont ne disposent pas l'ensemble des collectivités de la même catégorie », d'autre part, à « déroger, pour un objet limité, aux dispositions législatives ou réglementaires qui régissent l'exercice de leurs compétences, éventuellement après une expérimentation autorisée dans les mêmes conditions »[46]. Pour l'heure, il est vrai, ce projet est au point mort ; mais ceci n'empêche pas le projet de loi « 3 D » de s'inspirer de sa philosophie : prenant appui sur deux avis rendus en la matière par le Conseil d'État[47], ce projet de loi entend en effet « promouvoir la différenciation pour s'assurer que chaque territoire dispose de lois et règlements adaptés à ses spécificités »[48].

Au regard des politiques sociales mises en œuvre par les départements, quelle pourrait être l'incidence de ces deux textes s'ils étaient adoptés ?

À y bien réfléchir, cette incidence serait sans doute relativement limitée ; d'abord, parce que le projet de loi constitutionnelle n'hésite pas à encadrer strictement le droit à la différenciation : celui-ci ne pouvant être exercé, aux termes de l'article 10, « lorsque sont en cause les conditions essentielles d'exercice d'une liberté publique ou d'un droit constitutionnellement garanti ». La plupart des politiques sociales développées par les départements (RSA, APA, PCH…) se rapportent, de près ou de loin, à des « droits constitutionnellement garantis » ; comment, dès lors, modifier ces politiques sans toucher, du même coup, auxdits droits ? Ensuite, parce que si le projet de loi « 3 D » a certes pour mérite de mieux prendre en compte les demandes des collectivités, notamment des communes en matière, par exemple, de gestion de l'eau ou de culture, l'exercice du droit à la différenciation n'en sera pas moins largement borné et circonscrit, s'agissant des politiques sociales départementales, par le caractère constitutionnellement garanti des droits qu'elles mettent en œuvre…

45 Cons. const., décision n° 96-387 DC, 21 janv. 1997 (précitée), cons. 12 à 14 ; dans le même sens, v. aussi Cons. const., décision n° 2001-447 DC du 18 juil. 2001, cons. 5 à 11 ; Cons. const., décision n° 2003-487 DC, 18 déc. 2003, cons. 6 et 7.

46 Ass. nat., Projet n° 2203, 29 août 2019, art. 10.

47 Conseil d'État, Avis, 7 déc. 2017, n° 396651 et 21 févr. 2019, n° 396789.

48 Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, Projet de loi, Carnet n° 1, janv. 2020.

Autant dire que ce « nouvel acte de décentralisation » ne saurait apporter, au final, davantage que ce que ses promoteurs y ont mis et/ou en attendent : en l'occurrence, « transformer les relations entre l'État et les collectivités territoriales sans constituer pour autant un nouveau « big bang » territorial qui n'est souhaité ni par le Gouvernement, ni par les élus sur le terrain »[49].

49 Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, Projet de loi, Carnet n° 1, janv. 2020.

Une nouvelle dynamique des solidarités dans le département des Hauts-de-Seine depuis juillet 2019

Par **ARNAUD LOPEZ**, Directeur des Solidarités territoriales au pôle Solidarités et **ÉLODIE CLAIR**, Directeur général adjoint en charge des Solidarités – Conseil départemental des Hauts-de-Seine

Arnaud LOPEZ est ancien élève de l'INET – Promotion Paul Eluard. Il est manager territorial du secteur social depuis 7 ans. Il est aujourd'hui Directeur des Solidarités territoriales au pôle Solidarités – Conseil départemental des Hauts-de-Seine.

Élodie CLAIR est une ancienne élève de l'EN3S – 34e promotion. Elle a été cadre dirigeant de caisses de Sécurité sociale pendant 20 ans. Elle est aujourd'hui Directeur général adjoint en charge des Solidarités – Conseil départemental des Hauts-de-Seine.

L'équipe de direction du Pôle Solidarités.

I- UNE ACTION SOCIALE TERRITORIALE MORCELÉE NE PERMETTANT PAS DE LUTTER EFFICACEMENT CONTRE LA PAUVRETÉ

I.1/ La fragilisation de la cohésion sociale et la montée du sentiment de pauvreté

La publication de l'INSEE d'octobre 2019 sur l'augmentation de la pauvreté en France qui serait passée de 14,1 à 14,7 % de la population par rapport à 2018[1] n'a pas manqué de relancer les débats sur la mesure statique de la pauvreté et la prise en compte de la fragilisation d'une partie de la population notamment des classes moyennes.

Ces débats, intéressent plus souvent les experts que les personnes elles-mêmes, dont le ressenti, comme le montre l'étude de Nicolas DUVOUX et Adrien PAPUCHON[2], est davantage lié à leurs conditions de vie, dépassant la seule pauvreté monétaire.

1 Estimation avancée du taux de pauvreté et des indicateurs d'inégalités, INSEE Analyse n°49, 16/10/2019.
2 Nicolas DUVOUX, Adrien PAPUCHON, « Qui se sent pauvre en France ? Pauvreté subjective et insécurité sociale », *Revue française de sociologie*, n°4, 2018, page 607 à 647.

Au-delà de ces discussions d'expert, il convient de s'interroger sur la pertinence de l'intervention des politiques mises en œuvre au niveau local pour agir sur toutes les dimensions de la pauvreté.

« Ceux qui restent », ou comme certains travaux de sociologie les appellent les « *somewhere* » (les gens de quelque part) par opposition aux « *anywhere* »[3] (les gens de partout), sont souvent ceux qui sont également laissés de côté par les institutions ; avec des difficultés de repérage de ces populations en difficulté et des difficultés d'accès à leurs droits.

Ce sont souvent ces mêmes personnes qui ont le moins de capital social pour pousser la « bonne porte » ou accéder aux services qui leur permettront d'être pris en charge tout au long de leur parcours. Un parcours dont la complexité tient bien souvent aux institutions elles-mêmes, qui, du fait des cloisonnements de prises en charge, créent des ruptures dans l'intervention sociale et médico-sociale.

Autant de ruptures qui sont le reflet d'une action sociale souffrant moins d'un manque d'acteurs ni d'un manque de moyens financiers que d'une dispersion de ceux-ci....

Une dispersion qui nécessite bien souvent des temps de régulation qui peuvent être supérieurs au temps consacré à accompagner les personnes et à les soutenir dans leurs démarches.

I.2/ Une approche territoriale trop souvent segmentée des publics relevant des solidarités

Plus de trente ans après la décentralisation, au-delà des bilans financiers qui soulignent l'effort mené notamment par les conseils départementaux pour assumer une part croissante des dépenses de solidarités[4], il convient de dépasser les tableaux sombres ou louangeurs de l'action menée.

L'enjeu est en effet de renouveler en profondeur les modalités d'intervention et de réponse en matière de solidarités, tant au niveau des acteurs publics (départements, caisses de sécurité sociale), que des acteurs associatifs, voire privés, qui sont autant de parties prenantes dans la co-construction des politiques sociales et médico-sociales.

C'est dans cet objectif d'une nouvelle impulsion donnée aux solidarités en se départant d'une vision trop administrée du social, que le Département des Hauts-de-Seine a engagé une évolution de ses services en charge des solidarités dans une démarche centrée avant tout sur les publics et non sur les dispositifs ou mesures réservées à tel segment de la population.

Il a la conviction que pour décloisonner les acteurs, il faut décloisonner les politiques publiques et donc les politiques sociales et faire évoluer l'intervention sociale.

3 David GOODHART, *The Road to Somewhere : The Populist Revolt and the Future of Politics*, C. Hurst & Co, mars 2017.
4 Selon la dernière étude de l'ODAS sur les dépenses départementales d'action sociale, en 2018, la dépense nette d'action sociale des départements de France métropolitaine s'élève à 37,9 milliards d'euros, alors que le montant de la charge nette (une fois déduites les contributions de l'État pour les allocations) est de 29,5 milliards.

II - LES FONDEMENTS D'UNE TRANSFORMATION CENTRÉE SUR LA RELATION CLIENT

Depuis les premières lois de décentralisation, l'action sociale des départements s'est profondément modernisée, mais souvent du fait de facteurs extérieurs liés aux transferts de tel ou tel dispositif (la PCH en 2005, le RSA en 2009). De telle sorte que les évolutions organisationnelles se sont centrées sur les impacts de ces transferts réglementaires, et non sur le parcours de l'usager, or ce sont souvent dans ces interstices entre dispositifs que se mesurent les limites des politiques de solidarités[5].

La démarche voulue par le Président du Département des Hauts-de-Seine a consisté à repartir précisément des publics, à partir de leur demande, quelle que soit la catégorie statistique dans laquelle ils sont intégrés.

Elle se réfère aux missions du Département dans un rôle de chef de file de l'action sociale[6], non pas en tant qu'autorité de nature administrative, mais en tant que facilitateur de coopérations, de responsable opérationnel[7].

Les valeurs de proximité, innovation et solidarité sont au cœur du dispositif, comme l'a souhaité le Président du Département en engageant ce chantier de transformation.

II.1/ Une nouvelle approche centrée sur le parcours du bénéficiaire du service public des solidarités

Cette forme d'intervention sociale n'existe pas encore à l'échelle d'un département ou d'une collectivité territoriale.

Elle repose sur l'articulation d'un double parcours :

- *Celui de l'intervention territoriale auprès des personnes en demande d'information, d'accès aux droits, ou d'accompagnement.*

Il s'agit ainsi de proposer à tout public, quelle que soit sa commune de résidence, un service de proximité regroupant l'ensemble des professionnels sociaux et médico-sociaux intervenant autour des 3 étapes clés du parcours d'un usager : l'accueil, l'évaluation et l'accompagnement

- *Celui de l'offre de service individuelle, à travers le financement des prestations individuelles de solidarités* (que sont principalement l'Allocation Personnalisée Autonomie (APA), Prestation de Compensation du handicap (PCH), Revenu de Solidarité Active (RSA)) *et des établissements et services médico-sociaux*.

5 Baronnet J., Kertudo P., Faucheux-Leroy S. « La pauvreté et l'exclusion sociale de certains publics mal appréhendés par la statistique publique », *Recherche sociale* 2015, n°215 : « *Les effets de seuil masquent ainsi toutes les situations de pauvreté qui ne rentrent pas dans les catégories traditionnelles de l'action publique. (...). En France, les politiques sanitaires et sociales sont organisées en fonction de groupes cibles. Les groupes destinataires des politiques sont soigneusement délimités, au point qu'une personne doit d'abord entrer dans l'un des groupes avant de recevoir aide ou soins. Entre ces groupes il peut y avoir des chevauchements ou des espaces libres* ».

6 La loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (MAPTAM) du 27 janvier 2014 a désigné le département comme «chef de file» en matière d'aide sociale, d'autonomie des personnes et de solidarité des territoires (article 94 de la loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République).

7 Conseil économique social et environnemental, Éradiquer la grande pauvreté à l'horizon 2030 Marie-Hélène BOIDIN DUBRULE et Stéphane JUNIQUE, juin 2019, *Préconisation 19 : renforcer la responsabilité d'organisateur et de coordonnateur du département* (p. 37).

Il s'agit, dans l'organisation des services de *back office*, de proposer un pilotage du financement et une structuration des lieux d'accompagnement selon une logique globale et inclusive, quelle que soit la catégorie de public considérée.

Qu'il s'agisse d'une personne âgée bénéficiaire de l'APA souhaitant vivre chez elle ou dans un établissement adapté à sa perte d'autonomie, d'un bénéficiaire du RSA en accompagnement vers l'emploi, ou encore d'un jeune confié à l'aide sociale à l'enfance, hébergé dans une famille d'accueil, l'ensemble des modes de prise en charge doit répondre à un même impératif : celui d'une réponse inclusive qui ne saurait varier selon les pratiques propres à chaque professionnel ou chaque service « instructeur » ou « tarificateur », comme c'est le cas dans bon nombre de départements[8].

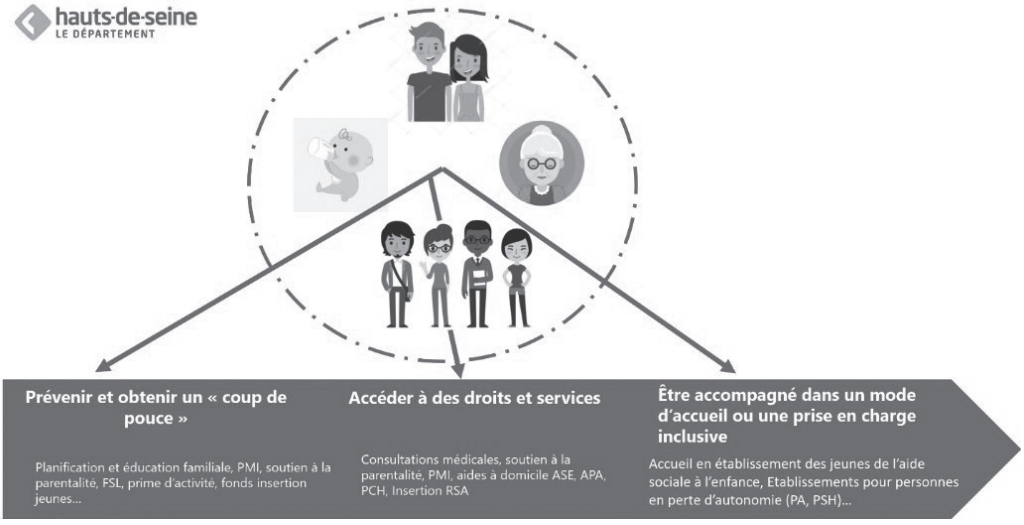
II.2/ Une stratégie tournée vers la modernisation des systèmes d'information et la digitalisation des outils métiers

Décloisonner ainsi les réponses tant au niveau du travail social en tant que tel, qu'au niveau des services d'une collectivité regroupant plus de 1 500 agents dans le champ des solidarités, nécessite un appui et une modernisation profonde des systèmes d'information, ce qui a constitué une priorité dans le Département des Hauts-de-Seine, afin de disposer d'outils et de référentiels partagés.

L'harmonisation des interfaces, des modalités de connexion aux outils informatiques et des e-démarches s'avère essentiel pour réussir un tel projet.

Des informations partagées sont prévues dans le cadre d'un projet de refonte des applicatifs métiers, pour disposer d'un logiciel de suivi des interventions auprès des publics.

L'aide et l'action sociale du Département des Hauts de Seine selon le parcours de l'usager



8 STETTINGER V. « Devenir une « bonne » mère. Une trajectoire balisée par l'intervention sociale », *Revue des politiques sociales et familiales* n° 129-130 – 4e trimestre 2018-1er trimestre 2019. Baronnet J., Kertudo P., Faucheux-Leroy S. « La pauvreté et l'exclusion sociale de certains publics mal appréhendés par la statistique publique », *Recherche sociale* 2015, n°215.

Prenant appui sur les amorces d'initiatives qui voient le jour au niveau national (France Connect par exemple) et à l'échelon local, la politique publique de l'inclusion numérique a constitué une priorité tant au niveau des professionnels que des publics.

Au-delà de la question des moyens, qui est bien entendu importante, c'est la question du regard que nous portons sur l'usager et surtout qu'il porte sur nous, qui guide les choix politiques et d'intervention.

II - LA CONDUITE DU CHANGEMENT ET LE MANAGEMENT DU PROJET

Construire une nouvelle réponse aux besoins des publics, à partir d'une organisation plus fonctionnelle et moins cloisonnée selon les segments de l'action sociale et médico-sociale, nécessite d'engager un chantier en matière de ressources humaines et de formation qui peut susciter des réflexes défensifs, voire corporatistes, de la part de certains « bastions » du travail social (comme la crainte d'une déqualification de certaines professions dont l'identité serait dissoute au profit d'une polyvalence source de perte d'expertise).

L'accompagnement des professionnels dans une approche plus systémique des prises en charge, au-delà de leur prisme ou leur spécificité, est une des conditions pour apporter une réponse coordonnée et multidimensionnelle aux besoins des personnes fragiles.

En effet, comme le soulève le rapport de Julien DAMON et Christine CLOAREC-LE NABOUR de septembre 2018 : « *l'accès aux droits ne dépend pas uniquement de la refonte des prestations. Il relève aussi largement des évolutions du travail socia*l ».[9]

III.1/ La dynamique de mobilisation des professionnels et les étapes clés du projet

L'exécutif a souhaité que le projet de transformation se structure autour des axes suivants :

- la validation du projet et de ses orientations par les élus dès le lancement en janvier 2019 ;
- la contribution de l'encadrement et des agents du Pôle Solidarités sous forme de groupes de travail ;
- l'information permanente des agents de l'ensemble de la collectivité sous toute forme (intranet, newsletter, chat…) ;
- la présentation de l'état d'avancement régulier du projet en comité technique avec les organisations syndicales ;
- la formation de tous les professionnels concernés sur les politiques de solidarités en parallèle en interne et en externe (CNFPT, MOOC) avec un

9 C. CLOAREC-LE NABOUR, J. DAMON, « la juste prestation pour des prestations et un accompagnement ajusté, rapport au Premier Ministre », septembre 2018.

module spécifique pour les agents défiés à l'accueil des publics à travers des sessions conçues en partenariat, et intitulé l'Académie de l'Accueil ;

- la formation des managers dans le cadre d'un programme départemental commun à toute la communauté managériale du Département, intitulé l'Université du management ;
- la communication dédiée aux partenaires extérieurs.

L'ensemble de ces différentes phases s'est déroulé sur 6 mois.

Ci-dessous, extraits d'une des newsletters du projet.

La lettre d'information de la réorganisation du Pôle Solidarités - N°6

Où en est le projet ?

Le séminaire des managers

Une nouvelle réunion des managers et des cadres d'expertise du Pôle solidarités (Psol) s'est tenue le 17 décembre matin. Après un point d'étape sur l'avancée de la réorganisation par chaque direction, le travail en transversalité a été ensuite au cœur des ateliers qui se sont tenus cette matinée. 4 histoires de vie inspirées de situations vécues ont fait l'objet d'un travail en groupe de 10 participants constitués des responsables de services et d'unités de l'ensemble des directions du PSol.

Réunion des managers du 17 décembre, Gennevilliers

L'exercice a consisté à établir des scénarii de prise en charge et des réponses à des situations individuelles selon une approche globale, nécessitant l'intervention des services de toutes les directions du PSol.

Atelier de la Réunion des managers du 17 décembre, U ARENA

La clôture des premières formations de l'Académie de l'accueil

Mises en place pour former les Gestionnaires d'offre de services (GOS) et les agents en position d'accueil des services des solidarités territoriales (SST), les deux premières promotions de l'Académie de l'accueil 2019 se sont terminées.

Réunion de clôture du 3 décembre, U ARENA

Une réunion de clôture s'est tenue le 3 décembre et a réuni les 96 agents formés.

Réunion de clôture du 3 décembre, U ARENA

18 décembre 2019 / Pôle Solidarités

Cet évènement a été l'occasion de partager les retours d'expérience des agents autour d'un déjeuner convivial.

Témoignage de Lama CHOUFI, SST12 « J'ai intégré le Département en mai 2018 en tant que Gestionnaire Instruction et Orientation RSA. Je commence officiellement mon nouveau poste de Gestionnaire Offre de Service en janvier 2020. Néanmoins j'ai démarré les permanences d'accès aux droits depuis février 2019 à raison de 4 demi-journées par semaine. Les premiers retours sont positifs : de mes collègues qui m'orientent leurs suivis pour des ouverture de droits, de mes responsables sur site et surtout des usagers qui disent être très heureux d'avoir un service ouvert au public et un lieu d'écoute. Pour moi, ça vaut tout... Par ailleurs, l'Académie de l'accueil m'a permis d'approfondir mes connaissances des applications du Département que je maîtrise déjà comme SOLIS ASA et de découvrir les autres applications nécessaires à l'exercice de ce nouveau poste comme SOLIS AST, MDPH, ASE, HORUS, la GRS... »

Deux prochaines sessions se dérouleront au cours du 1er semestre 2020 afin de former l'ensemble des GOS des 13 SST.

La mise en place des groupes « réseau »

Fin octobre, des groupes réseau accueil/évaluation et accompagnement ont été lancés. Leurs travaux portent sur :

- La diffusion de bonnes pratiques et l'échange entre pairs sur les modalités de fonctionnement des unités
- L'harmonisation des process
- La définition d'indicateurs d'activités
- Des cas pratiques ou analyses de situations
- Des présentations d'outils ou de dispositifs conçus à l'échelle des territoires et pouvant être transposés et généralisés au niveau départemental
- La montée en compétence des équipes

Des animateurs dédiés ont été désignés et se réunissent tous les 2 mois.

Pour le réseau « accueil » Catherine Lago-Mataloz et Annie Roux Cataiano orientent leur travail principalement sur : la gestion des modes de contact avec l'usager (notamment mail), la mise en œuvre des missions des GOS et l'accompagnement des équipes administratives.

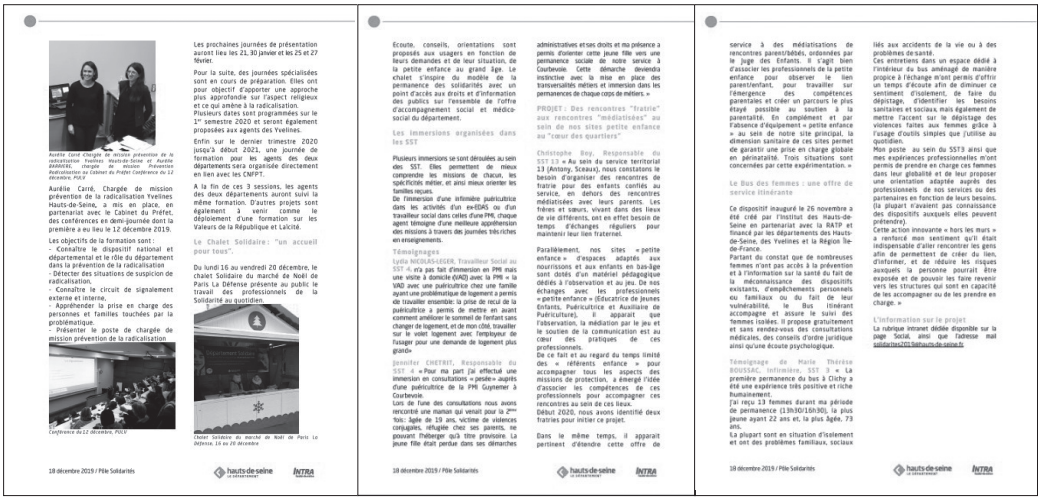
Pour le réseau « évaluation », Brigitte Degout et Charlotte Gaillard poursuivent le travail sur la mise en place de la permanence unique des solidarités et le passage de relais entre évaluation et accompagnement.

Enfin, le réseau « accompagnement » animé par Christophe Boy et Christine Boussaroque axe prioritairement son travail sur l'identification des référents et les liens avec les partenaires et la continuité des interventions.

Les conférences « Prévention de la radicalisation »

La politique publique en matière de prévention de la radicalisation nécessite une densification des dispositifs de détection et de prévention de la radicalisation pour assurer une prise en charge individualisée des publics.
La formation des agents du PSol apparaît essentielle tant dans la détection que dans la prise en charge préventive des personnes et des familles.

18 décembre 2019 / Pôle Solidarités



Aurélie Carré Chargée de mission prévention de la radicalisation Yvelines Hauts-de-Seine et Aurélie BANNIER, chargée de mission Prévention Radicalisation au Cabinet du Préfet Conférence du 12 décembre, PSLV

Aurélie Carré, Chargée de mission prévention de la radicalisation Yvelines Hauts-de-Seine, a mis en place, en partenariat avec le Cabinet du Préfet, des conférences en demi-journée dont la première a eu lieu le 12 décembre 2019.

Les objectifs de la formation sont :
- Connaître le dispositif national et départemental et le rôle du département dans la prévention de la radicalisation
- Détecter des situations de suspicion de radicalisation.
- Connaître le circuit de signalement externe et interne.
- Appréhender la prise en charge des personnes et familles touchées par la problématique.
- Présenter le poste de chargée de mission prévention de la radicalisation

Conférence du 12 décembre, PSLV

Les prochaines journées de présentation auront lieu les 21, 30 janvier et les 25 et 27 février.

Pour la suite, des journées spécialisées sont en cours de préparation. Elles ont pour objectif d'apporter une approche plus approfondie sur l'aspect religieux et ce qui amène à la radicalisation.
Plusieurs dates sont programmées sur le 1er semestre 2020 et seront également proposées aux agents des Yvelines.

Enfin sur le dernier trimestre 2020 jusqu'à début 2021, une journée de formation pour les agents des deux départements sera organisée directement en lien avec les CNFPT.

A la fin de ces 3 sessions, les agents des deux départements auront suivi la même formation. D'autres projets sont également à venir comme le déploiement d'une formation sur les Valeurs de la République et Laïcité.

Le Chalet Solidaire : "un accueil pour tous".

Du lundi 16 au vendredi 20 décembre, le chalet Solidaire du marché de Noël de Paris La Défense présente au public le travail des professionnels de la Solidarité au quotidien.

Chalet Solidaire du marché de Noël de Paris La Défense, 16 au 20 décembre

18 décembre 2019 / Pôle Solidarités

Écoute, conseils, orientations sont proposés aux usagers en fonction de leurs demandes et de leur situation, de la petite enfance au grand âge. Le chalet s'inspire du modèle de la permanence des solidarités avec un point d'accès aux droits et d'information des publics sur l'ensemble de l'offre d'accompagnement social et médico-social du département.

Les immersions organisées dans les SST

Plusieurs immersions se sont déroulées au sein des SST. Elles permettent de mieux comprendre les missions de chacun, les spécificités métier, et ainsi mieux orienter les familles requises.
De l'immersion d'une infirmière puéricultrice dans les activités d'un ex-EDAS ou d'un travailleur social dans celles d'une PMI, chaque agent témoigne d'une meilleure appréhension des missions à travers des journées très riches en enseignements.

Témoignages

Lydia NICOLAS-LEGER, Travailleur Social au SST 4, n'a pas fait d'immersion en PMI mais une visite à domicile (VAD) avec la PMI « la VAD avec une puéricultrice chez une famille ayant une problématique de logement a permis de travailler ensemble la prise de recul de la puéricultrice a permis de mettre en avant comment améliorer le sommeil de l'enfant sans changer de logement, et de mon côté, travailler sur le volet logement avec l'employeur de l'usager pour une demande de logement plus grand»

Jennifer CHETRIT, Responsable du SST 4 « Pour ma part j'ai effectué une immersion en consultations « pesée» auprès d'une puéricultrice de la PMI Guynemer à Courbevoie.
Lors de l'une des consultations nous avons rencontré une maman qui venait pour la 2ème fois: âgée de 19 ans, victime de violences conjugales, réfugiée chez ses parents, ne pouvant l'héberger qu'à titre provisoire. La jeune fille était perdue dans ses démarches administratives et ses droits et ma présence a permis d'orienter cette jeune fille vers une permanence sociale de notre service à Courbevoie. Cette démarche devenda instinctive avec la mise en place des transversalités métiers et immersion dans les permanences de chaque cops de métiers. »

PROJET : Des rencontres "fratrie" aux rencontres "médiatisées" au sein de nos sites petite enfance au "cœur des quartiers".

Christophe Boy, Responsable du SST 13 « Au sein du service territorial 13 (Antony, Sceaux), nous constatons le besoin d'organiser des rencontres de fratrie pour des enfants confiés au service, en dehors des rencontres médiatisées avec leurs parents. Les frères et sœurs, vivant dans des lieux de vie différents, ont en effet besoin de temps d'échanges réguliers pour maintenir leur lien fraternel.

Parallèlement, nos sites « petite enfance » d'espaces adaptés aux nourrissons et aux enfants en bas-âge sont dotés d'un matériel pédagogique dédiés à l'observation et au jeu. De nos échanges avec les professionnels « petite enfance » (Éducatrice de jeunes Enfants, Puéricultrice et Auxiliaire de Puériculture), il apparaît que l'observation, la médiation par le jeu et le soutien de la communication est au cœur des pratiques de ces professionnels.
De ce fait et au regard du temps limité des « référents enfance » pour accompagner tous les parents des missions de protection, a émergé l'idée d'associer les compétences de ces professionnels pour accompagner ces rencontres au sein de ces lieux.
Début 2020, nous avons identifié deux fratries pour initier ce projet.

Dans le même temps, il apparait pertinent d'étendre cette offre de service à des médiatisations de rencontres parent/bébés, ordonnées par le Juge des Enfants. Il s'agit bien d'associer les professionnels de la petite enfance pour observer le lien parent/enfant, pour travailler sur l'émergence des compétences parentales et créer un parcours le plus étayé possible au soutien à la parentalité. En complément et par l'absence d'équipement « petite enfance » au sein de notre site principal, la dimension sanitaire de ces sites permet de garantir une prise en charge globale en périnatalité. Trois situations sont concernées par cette expérimentation. »

Le Bus des femmes : une offre de service itinérante

Ce dispositif inauguré le 26 novembre a été créé par l'Institut des Hauts-de-Seine en partenariat avec la RATP et financé par les départements des Hauts-de-Seine, des Yvelines et la Région Ile-de-France.
Partant du constat que de nombreuses femmes n'ont pas accès à la prévention et à l'information sur la santé du fait de la méconnaissance des dispositifs existants, d'empêchements personnels ou familiaux ou du fait de leur vulnérabilité, le Bus itinérant accompagne et assure le suivi des femmes isolées. Il propose gratuitement et sans rendez-vous des consultations médicales, des conseils d'ordre juridique ainsi qu'une écoute psychologique.

Témoignage de Marie Thérèse BOUSSAC, Infirmière, SST 3 « La première permanence du bus à Clichy a été une expérience très positive et riche humainement.
J'ai reçu 13 femmes durant ma période de permanence (13h30/16h30), la plus jeune ayant 22 ans et, la plus âgée, 73 ans.
La plupart sont en situation d'isolement et ont des problèmes familiaux, sociaux liés aux accidents de la vie ou à des problèmes de santé.
Ces entretiens dans un espace dédié à l'intérieur du bus aménagé de manière propice à l'échange m'ont permis d'offrir un temps d'écoute afin de diminuer ce sentiment d'isolement, de faire du dépistage, d'identifier les besoins sanitaires et sociaux, mais également de mettre l'accent sur le dépistage des violences faites aux femmes grâce à l'usage d'outils simples que j'utilise au quotidien.
Mon poste au sein du SST3 ainsi que mes expériences professionnelles m'ont permis de prendre en charge ces femmes dans leur globalité et de leur proposer une orientation adaptée auprès des professionnels de nos services ou des partenaires en fonction de leurs besoins. (la plupart n'avaient pas connaissance des dispositifs auxquels elles peuvent prétendre).
Cette action innovante « hors les murs » a renforcé mon sentiment qu'il était indispensable d'aller rencontrer les gens afin de permettent de créer du lien, d'informer, et de réduire les risques auxquels la personne pourrait être exposée et de pouvoir les faire revenir vers les structures qui sont en capacité de les accompagner ou de les prendre en charge. »

L'information sur le projet

La rubrique intranet dédiée disponible sur la page Social, ainsi que l'adresse mail solidarites2019.hauts-de-seine.fr

18 décembre 2019 / Pôle Solidarités

III.2/ L'accompagnement à l'évolution des métiers et des besoins de formations

La phase de restitution des groupes de travail des professionnels du département s'est prolongée avec une refonte des répertoires métiers des différents professionnels qui constituent les unités pluridisciplinaires en charge de l'accueil, de l'évaluation et de l'accompagnement.

Ce répertoire des métiers, conforme au cadre réglementaire, n'est plus seulement centré sur les diplômes et qualifications, mais valorise également les compétences transverses et les spécificités communes aux métiers des solidarités.

En revanche, le cadre d'exercice est retravaillé et est totalement refondu pour nous adapter à la société : un travailleur est avant tout un travailleur avant d'être spécialisé.

L'emploi spécifique de travailleur social en service social est par exemple supprimé, afin de disposer de plus de fluidité et de passerelles : il s'agit d'une polyvalence de compétence.

Les organisations métiers sectorielles de beaucoup de conseils départementaux, de même que les formations initiale et continue des professionnels du social et du médico-social, ont contribué à isoler l'exercice du métier, sans valoriser ce qui les unit.

Les formations sont évidemment différentes : il n'est pas demandé à un travailleur social d'exercer la fonction de médecin ni à une sage-femme d'exercer un poste de psychologue.

On ne demande pas non plus à une puéricultrice de s'occuper de personnes âgées : en revanche, on lui demande d'être garante du parcours de l'enfant et des liens avec sa famille, ou d'être capable d'évaluer la situation d'un enfant dans le cadre d'une information préoccupante.

Cette attente correspond à la démarche du référent de parcours, tel qu'élaboré dans le cadre des travaux de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et de l'Association Nationale des Directeurs d'Action Sociale et de Santé (ANDASS) des départements, destinés à assurer la continuité des suivis entre les professionnels en charge d'une même personne[10].

Cette organisation suppose aussi pour les professionnels de se déshabiller des certitudes, des postures d'experts ou parfois dogmatiques de « sachant » et de « savoirs constitués ». Ils doivent prendre en compte la vie et le parcours de la famille, dans une certaine parité de position afin de ne rien négliger dans la problématique rencontrée.

Cette valorisation des métiers à partir de leurs compétences transversales et de leur qualifications professionnelles (médecins, infirmières, travailleurs sociaux) est un facteur de cohérence entre les interventions des différentes spécialisations choisies (petite enfance, jeunes, insertion ou grand-âge) permettant de fédérer les professionnels autour d'une culture commune.

10 DGCS, ANDASS, *Guide d'appui à la mise en œuvre de la démarche du « référent de parcours »*, mai 2019.

Plus globalement, c'est aussi un levier pour favoriser l'attractivité et l'employabilité des métiers du champ social : la capacité des professionnels à acquérir des compétences transversales, donc transférables d'un champ à l'autre, constitue un atout pour s'adapter aux transformations économiques et sociales[11] qui impactent la sphère publique aussi bien que le secteur privé.

Ce fonctionnement en mode projet se pérennise avec la mise en place de réseaux thématiques qui réinterrogent les pratiques de manière itérative.

L'engagement des professionnels, fortement impliqués au quotidien auprès des publics, doit en effet être accompagné pour lever les inquiétudes liées à tout chantier de transformation.

IV - L'ORGANISATION DES SERVICES

Sous l'impulsion de l'exécutif, et reprenant les principes définis plus haut, l'organisation des services du Pôle solidarités a été conçue autour de 4 directions transverses :

- une Direction des solidarités territoriales ;
- une Direction des prestations, du financement et du budget ;
- une Direction du pilotage des établissements et services ;
- une Direction de l'appui et de la transformation numérique.

Ces périmètres conçus autour des missions de service public (l'action sociale de proximité, le financement des aides, l'offre d'accompagnement, et le pilotage des systèmes d'information) apportent un cadre nouveau à la mise en œuvre de politiques de solidarités.

En effet, comme c'est encore le cas dans la plupart des départements, les services en charge des solidarités étaient auparavant organisés dans les Hauts-de-Seine, selon une déclinaison sectorielle, par « tranche » de public, à savoir :

- une Direction enfance famille/jeunesse ;
- une Direction protection maternelle et infantile (PMI) ;
- une Direction autonomie ;
- une Direction de l'insertion et de l'action sociale.

Afin d'associer les agents de ces anciennes directions à la mise en place de cette nouvelle organisation, des groupes de travail se sont réunis pendant plusieurs mois, regroupant entre 20 et 30 professionnels (travailleurs sociaux, infirmiers, psychologues, médecins, assistantes administratives ou secrétaires médico-sociales) permettant de définir les contours et périmètres de chacun des services.

11 France Stratégie, Situations de travail, compétences transversales et mobilité entre les métiers, février 2018, https://www.strategie.gouv.fr/publications/situations-de-travail-competences-transversales-mobilite-entre-metiers

La Direction des solidarités territoriales

Les groupes de travail ont défini 3 entités fonctionnelles, articulées autour des grandes missions du travail social, dont les missions sont décrites ci-dessous :

Équipe Accueil et relation du public Et équipe Appui et support	Équipe Évaluation (initiale) du public	Équipe d'Accompagnement et de suivi du public
• 3 Objectifs: • Pré-évaluation et appui aux démarches numériques • Accompagnement à l'accès aux droits • Accueil de premier niveau et pré-instruction (GOS notamment) • Utilisation des démarches simplifiées pour la totalité des droits • Appui à la gestion administrative des dossiers et commissions • Support logistique	• Objectif : déceler la totalité des fragilités sociales de la famille au regard de son environnement • Evaluation d'une information préoccupante enfance, personne mineure ou majeure vulnérable	• Objectif : assurer un accompagnement adapté aux problématiques de la famille dans le temps • Accompagnement social par un professionnel sur le champ de l'insertion sociale et professionnelle, le suivi éducatif d'un enfant dans le cadre de la protection de l'enfance, le suivi des femmes et enfants vulnérables

Les agents ont été affectés après une procédure de vœux dans l'une des 3 unités (accueil/évaluation/accompagnement).

Dans cette articulation des 3 unités, la fonction d'accueil et d'orientation est cruciale. Pour cette raison, un nouveau profil de poste a été créé au sein de l'unité accueil : les gestionnaires d'offre de service (GOS) assurent des missions dédiées à l'ouverture de droits et l'accompagnement aux démarches administratives, en particulier en ligne.

L'accompagnement sera facilité grâce à la mise en place d'un portail, dénommé E INCLUSION, dans tous les espaces d'accueil, qui donne accès à toutes les démarches en ligne, en lien avec les initiatives menées comme les « bons clics ».

Ces GOS peuvent proposer des permanences avec des rendez-vous individuels ou des ateliers collectifs en lien avec des professionnels relevant d'autres secteurs institutionnels (CCAS) ou associatifs (Emmaüs Connect par exemple).

Cette requalification de l'accueil permet de recentrer le travail social et médico-social des professionnels sur leur cœur de métier : l'évaluation et l'accompagnement.

La Direction des prestations, du financement et du budget

La même logique d'approche décloisonnée de la gestion des droits et allocations individuelles de solidarités (AIS) a prévalu pour cette direction, de telle sorte que les instructeurs sont porteurs de la politique publique de solidarités, quelle que soit leur direction d'origine.

Cette direction permet de piloter désormais le budget par parcours et de disposer d'une lisibilité globale sur la dépense affectée, non plus sur les lignes budgétaires de chaque dispositif, mais selon une prise en charge usager.

La Direction du pilotage des établissements et services

Les services en charge de la tarification et du contrôle de gestion des établissements et services médico-sociaux (personnes âgées, personnes handicapées et

protection de l'enfance) sont désormais regroupés au sein de la direction du pilotage des établissements et des services, afin d'apporter des expertises partagées sur le fonctionnement et la qualité de prise en charge, quelle que soit la nature de l'établissement (EHPAD, MECS, Foyers de vie, accueil de jour...).

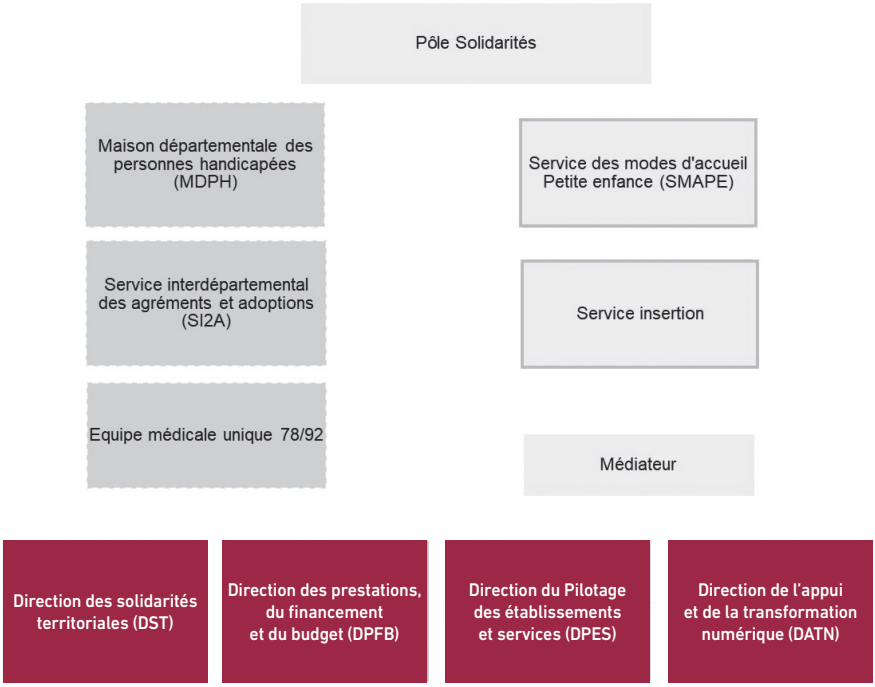
Cette direction a vocation à s'intégrer dans la même démarche d'interdépartementalisation avec les Yvelines, votée par les deux assemblées le 30 juin 2017, en conformité avec les orientations du schéma interdépartemental d'organisation sociale et médico-sociale (SIOSMS) adopté le 29 septembre 2018.

Ainsi, aussi bien en prise en charge collective qu'individuelle, l'usager est remis au centre des réponses sociales et médico-sociales.

La Direction de l'appui et de la transformation numérique.

Mettre l'usager au centre de la prise en charge s'accompagne d'un travail de convergence des systèmes d'information, piloté par la direction de l'appui et de la transformation numérique. Cette direction est en charge de l'appropriation des usages du numérique aussi bien auprès des publics que des professionnels.

L'articulation entre des directions construites sur la base des mêmes principes de décloisonnement fonctionnels évite ainsi les ruptures et les renvois d'usagers d'un guichet à l'autre.



V - LES IMPACTS AUPRÈS DES PUBLICS

La mesure de l'impact de cette nouvelle approche auprès des publics nécessite de mobiliser des analyses de cas pratiques menées à partir de situations du quotidien vécues par les usagers et les professionnels.

Une telle démarche se rapproche des études mises en place dans des programmes de recherche en sciences sociales ou de certaines méthodes d'évaluation des politiques publiques fondées sur des expériences du terrain, permettant d'identifier les facteurs ayant un impact sur la prise en charge et la réponse apportée.

Au lieu d'appliquer des théories fondées sur des concepts parfois abstraits, il s'agit d'appliquer aux politiques de solidarités la même méthode expérimentale que celle appliquée en matière de lutte contre la pauvreté par des économistes comme Esther DUFLO[12].

Si le travail mené ne prétend pas parvenir au même niveau que ceux de chercheurs reconnus en sciences économiques et sociales, il consiste à mettre en place des démarches d'adaptation permanente voire d'anticipation à la demande d'usager au sein de sa propre cellule familiale.

Chaque membre de la famille est ainsi pris en compte particulièrement dans un parcours adapté et personnalisé[13] dans une logique à 360°.

Plusieurs exemples démontrent que les besoins d'un usager, lors d'une visite à domicile, ou lorsqu'il se rend dans un service départemental en charge des solidarités, dépassent la seule démarche administrative, mais portent bien sur une réponse globale prenant en compte toutes les dimensions de son environnement social ou familial.

Il en est ainsi par exemple, de l'aidante d'un parent âgé qui assiste à la visite à domicile d'un évaluateur pour déterminer l'APA de son père, et qui attend du Département qu'il puisse l'aider aussi pour qu'elle parvienne à payer ses dettes après une séparation.

Ou encore de ce grand-père retraité qui attend du Département qu'il l'aide dans ses démarches sur internet quand il accompagne son petit-fils pour une vaccination au centre de PMI.

Ou bien, de cette mère, employée d'une entreprise de nettoyage travaillant de nuit et qui attend du Département qu'il l'aide à refaire son CV quand elle se rend à une visite médiatisée avec son fils placé en établissement.

C'est dans cet esprit que les équipes pluridisciplinaires en charge de l'évaluation mettent en place dans chaque service territorial, une permanence unique des solidarités (PUS) destinée à tous les publics.

Elles traitent des situations relevant parfois d'une urgence sociale, en lien avec les partenaires institutionnels ou associatifs, et comportent des temps de « débriefings » ou des analyses de cas concrets nécessitant une intervention de plusieurs « corps » de métiers appartenant à des cultures professionnelles différentes.

12 Interview d'Esther DUFLO, le Monde, dimanche 05-lundi 06 janvier 2020.

13 Institut Paul DELOUVRIER, Enquête Kantar Public, Baromètre des services publics de l'Institut Paul Delouvrier, décembre 2018.

Un exposé de deux situations survenues sur les six derniers mois permet de montrer le renouvellement des modes de réponses et d'interventions, dès lors qu'ils sont bien parties prenantes de l'ensemble des politiques de solidarités.

EXEMPLE 1

Jeune de 13 ans confié en famille d'accueil, en séjour hospitalier au sein d'une unité dédiée aux plus jeunes (6-12 ans). L'état du jeune s'apaise au bout de plusieurs semaines, permettant d'envisager la sortie. L'hôpital demande une coordination clinique pour anticiper la sortie avec le travailleur social, les équipes hospitalières proposant un suivi en hôpital de jour (2 journées par semaine). L'accompagnement de ce jeune nécessite de construire une solution modulable et associant un suivi sanitaire et un accompagnement médico-social.

Auparavant, aucune suite n'aurait pu être apportée à ces propositions de collaboration du secteur sanitaire du fait de la méconnaissance réciproque et d'un fonctionnement en équipe distincte entre les services sociaux de secteur et ceux en charge de l'aide sociale à l'enfance.

Dans le cadre du nouveau fonctionnement, le plateau technique constitué par l'équipe pluridisciplinaire en charge de l'accompagnement a pu mobiliser des expertises :

- d'un médecin territorial, qui a travaillé de concert avec le service hospitalier pour définir les besoins nécessaires à l'élaboration d'un Plan d'accompagnement global (PAG)[14] avec la MDPH ;
- d'un référent de parcours situé dans l'unité accompagnement qui a coordonné la constitution du dossier d'admission de l'enfant relevant auparavant de deux directions distinctes au sein du département (autonomie et enfance/famille) et désormais pilotée par une seule direction (la Direction du pilotage des établissements et services).

Ce travail de mise en réseau de l'offre de service médico-social (auparavant compartimentée entre le secteur du handicap et le secteur de l'enfance) a permis de travailler avec les directeurs d'établissement autour d'un seul interlocuteur et de trouver une solution pour ce jeune dans un IME avec internat situé dans les Yvelines, grâce à la démarche de fusion engagée entre les deux départements.

EXEMPLE 2

Jeune de 7 ans confié 1 mois après sa naissance en pouponnière puis en famille d'accueil. La mère ne se présente qu'à une seule et unique visite médiatisée au sein du placement familial, puis ne reprend plus contact avec le service de l'aide sociale à l'enfance.

Le père est en revanche investi et présent auprès de son fils jusqu'à ce que des difficultés professionnelles l'empêchent d'honorer toutes ces visites. Il est salarié d'une plateforme de livraisons de repas à domicile et n'a pas de logement fixe (hébergement chez des amis, connaissances…) pour accueillir son fils, ce qui est son souhait.

14 Denis PIVETEAU, « Zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour les proches », juin 2014.

Le juge des enfants oriente vers une procédure de délaissement parental que l'aide sociale à l'enfance appuie, comme la pratique avait tendance à le systématiser[15], alors même que le père souhaitait voir son fils plus souvent.

Dans le cadre du nouveau fonctionnement, le plateau technique constitué par l'équipe pluridisciplinaire en charge de l'accompagnement a apporté une réponse inclusive orientée davantage vers le soutien à la parentalité :

- Examen de la situation sociale et financière du père pour l'attribution d'une aide au titre du FSL, en lien avec le CCAS et le gestionnaire de prestations de la direction des prestations, des financements et du budget.
- Montage d'un dossier d'éligibilité du père à un logement social/DALO en lien avec les services de l'État
- Maintien de l'enfant dans sa famille d'accueil et pas d'engagement de procédure de déclaration judiciaire de délaissement de l'autorité parentale.
- Accompagnement pour un montage de dossier de prime activité avec la Caf
- Reprise des liens père-enfant dès que le père a pu accéder à un logement autonome et demande adressée au juge pour enfants pour réexamen du placement.

Ces exemples illustrent que la référence relève de la compétence du Département, qui s'adjoint dans ce cadre les interventions de partenaires extérieurs (État, organismes de sécurité sociale, associations, CCAS).

Ainsi l'équipe pluridisciplinaire départementale est garante de la continuité des intervenants, et porte une coordination qui reste encore trop souvent à la charge de l'usager lui-même.

VI - PERSPECTIVES

Si le terme de vocation peut prêter à débat quand on fait le choix d'exercer un métier, force est de constater que l'on ne choisit pas, par hasard, de travailler auprès, et au service du public, et que la force de l'engagement des professionnels dans ce secteur tient avant tout à leur volonté de donner du sens à leur travail quotidien et à rendre performantes des politiques trop souvent sectorielles, qui ne permettent pas d'agir sur d'autres leviers liés à l'environnement social et familial de l'enfant.

Chaque agent est mis en situation d'innover en l'embarquant dans ce chantier d'avenir nécessaire et structurant.

La responsabilité du Département comme « assemblier » de l'action sociale, est en effet de disposer d'une vision globale de la cohésion sociale à l'échelle de son territoire et de coordonner l'action de chaque acteur. C'est en favorisant les synergies territo-

15 Baronnet J., Kertudo P., Faucheux-Leroy S. « La pauvreté et l'exclusion sociale de certains publics mal appréhendés par la statistique publique », *Recherche sociale* 2015, n° 215 : « *Dans le domaine de la protection de l'enfance les travailleurs sociaux appréhendent les situations des familles concernées en se centrant sur la dimension psychologique ou psycho-pathologique des difficultés familiales. Du fait de leur absence de formation aux questions de grande pauvreté et de leur impuissance face à des situations économiques dégradées, les professionnels ne travaillent pas avec les parents les conditions matérielles et sociales d'exercice de leur parentalité* ».

riales que le Département porte au mieux sa mission de chef de file, plutôt que dans des postures ou proclamations isolées.

Cette transformation nécessitera une évaluation à un an sur les effets en termes de prise en charge usagers, et notamment des sorties de dispositifs vers des solutions inclusives qui pourront être mesurées à partir des systèmes d'information partagés.

C'est en effet en adaptant constamment ses réponses aux attentes des publics et rénovant profondément ses modes d'intervention, en construisant des passerelles entre les acteurs institutionnels et associatifs, que le Département restera la collectivité incontournable pour assurer les solidarités du quotidien.

PARTIE B : TERRITOIRES ET SANTÉ

CPTS et territoire

Par **Claude Leicher**, médecin généraliste et président de la Fédération des CPTS

Claude Leicher est médecin généraliste, il a fait ses études de médecine à Nancy puis à Lyon. Il a soutenu sa thèse en 1984 sur l'alcoolisme chez la femme, et a obtenu la spécialité de médecine générale en 2007. Installé à Etoile-sur-Rhône (26) en 1985, il créé une maison de santé pluridisciplinaire en mai 2003, regroupant actuellement vingt professionnels de santé dont six médecins généralistes, structure MSP à laquelle est associée une pharmacie. Il a créé en 2019 une CPTS « SUD VALENCE » en cours de constitution. En parallèle, il a exercé jusqu'en 2005 une activité de médecin attaché au Centre Hospitalier de Valence, et en centre d'alcoologie. Il est co-créateur du Centre 15 de la Drôme (1992) et de séminaires de formation à la régulation. Il participe à la création du syndicat départemental MG 26 en 1987, puis participe à l'activité syndicale nationale de MG France, dont il est élu Président pendant huit ans, de 2009 à 2017. Co fondateur de la FFMPS en 2007 (maison de santé), négociateur et signataire de l'ACI MSP en 2017.
Il propose de créer un étage territorial ambulatoire dans la loi de janvier 2016, il est membre fondateur et président de la Fédération des CPTS créée en juin 2017. Il est membre du HCAAM depuis 2006.

Avec la création des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), se met en place une organisation territoriale de proximité du secteur ambulatoire. Généralisant le principe de la coordination pluri professionnelle autour des besoins de santé des patients, permettant de répondre aux services attendus par la population, organisée autour des équipes de soins primaires, sur un territoire qu'elle définit, la CPTS est un outil qui crée un interlocuteur visible pour les autres acteurs, et qui en rééquilibrant l'organisation du système de santé, permettra à terme d'aider le secteur de l'hospitalisation à surmonter la crise liée à son utilisation inadéquate.

Les Communautés Professionnelles territoriales de santé ont été créées par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Elles sont composées de professionnels de santé, regroupés éventuellement en

équipe de soins primaires, d'acteurs de premier ou de second recours, d'acteurs médico-sociaux et sociaux, concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. Ces membres déterminent dans un projet de santé notamment le territoire de leur intervention.

ORGANISER UNE CPTS, POUR POUVOIR RÉPONDRE AUX BESOINS DE SANTÉ POPULATIONNELS

Une CPTS doit permettre à ses membres d'organiser plus facilement leur activité professionnelle et d'y d'ajouter une réponse aux besoins de la santé publique populationnelle.

Trois niveaux de services sont attendus dans un système de santé.

Un professionnel organise la réponse à des services à rendre à chaque personne qu'il reçoit : réponse aux besoins de soins, détermination des facteurs de risque du fait de son mode de vie, de ses conditions de vie, de travail, de ses antécédents personnels ou familiaux, personnalisation des démarches de prévention, de dépistage, de promotion de la santé.

Un professionnel organise également la réponse à des services à rendre à l'ensemble de sa patientèle : disponibilité et accessibilité de son lieu d'exercice, fiabilisation des procédures de prise en charge, organisation de la continuité des soins, revue de dossier pour évaluer ses pratiques, les modifier, formation continue dans ses domaines de travail… La réalisation de ces tâches est devenue plus complexe pour un professionnel isolé, d'où l'appétence à des exercices plus collectifs.

Pour les services à rendre à la population, comme la protection de la santé publique, la bonne organisation du système de santé, la facilitation des parcours, la protection des personnes grâce à des démarches collectives (vaccination systématique, protection de l'environnement, qualité de l'alimentation en collectivité, organisation des recours, gestion des urgences…), un professionnel seul peut rarement intervenir efficacement. C'est là qu'un travail coordonné en équipe donne la possibilité de répondre à ces besoins, mais à condition que la cible soit l'ensemble d'une population sur le secteur d'intervention souhaité. C'est à ce niveau que la notion de territoire prend son sens : le principe d'une CPTS, c'est de donner aux professionnels d'un territoire la capacité d'intervenir sur le niveau populationnel, d'exercer ce qu'on peut appeler une responsabilité populationnelle partagée.

La santé publique populationnelle est un domaine dont les professionnels de santé du secteur ambulatoire se sont sentis désinvestis, car ce domaine est désormais considéré comme de la responsabilité des pouvoirs publics. Ceux-ci ont créé de nombreuses structures *ad hoc*, par exemple pour promouvoir et organiser les dépistages pour certains cancers. Mais la parole publique a perdu beaucoup de sa crédibilité, car à de nombreuses reprises, les pouvoirs publics se sont montrés défaillants sur des sujets de santé publique (contamination par le SIDA des hémophiles, hormones de croissance, Médiator…). À cette défiance s'est ajoutée la confusion, avec la capacité de communication d'opinions non fondées sur des preuves scientifiques, ce qui vient alimenter peurs et suspicions.

Le résultat, c'est que la santé publique populationnelle ne se porte pas très bien. La participation aux campagnes de dépistage baisse régulièrement, elle se rapproche des 50 % pour le cancer du sein, alors qu'une participation d'au moins 66 % est néces-

saire pour son efficience. Ce point doit aussi être abordé en tenant compte des débats scientifiques sur la pertinence de la démarche, sur la notion de sur diagnostic, mais c'est une autre discussion. Les taux de vaccination sont mauvais (papillomavirus), médiocres (grippe) ou insuffisants (rougeole).

Il est donc nécessaire que les professionnels de santé de proximité investissent collectivement les services à rendre en santé publique. La confiance dans notre parole de soignant reste forte, ce que marque la question qui nous est souvent posée en cas de choix difficile pour un examen, un traitement : « Si c'était vous, que décideriez- vous ? ». Participer à l'organisation de services à la population, en ayant une « responsabilité collective populationnelle », c'est un changement de paradigme pour des professionnels en exercice parfois individuel, mais de plus en plus en groupe ou en équipe coordonnée. Réintroduire de la confiance dans le discours de santé publique, est un paramètre de réussite, et pour faire cela il faut s'organiser, par territoire, pour pouvoir parler à toute la population et surtout aux personnes en situation de vulnérabilité personnelle, sociale, économique.

ORGANISER UNE CPTS, POUR POUVOIR SE COORDONNER SUR UN TERRITOIRE

La qualité du travail réalisé pour sa patientèle, pour ses patients, bute assez rapidement sur la nécessité de se coordonner dans sa profession (organisation de la garde, continuité des soins en cas d'absence…), avec les autres professionnels de soins primaires (prise en charge en équipe coordonnée autour du maintien à domicile par exemple), avec ceux de soins secondaires et des structures d'hospitalisation (parcours de soins d'un diabétique…), avec les aidants proches (conjoint, enfant…) les aidants professionnels (aide à domicile…) et les services sociaux et médico-sociaux (obtention d'aide financière, admission en établissements…).

En effet, la complexité et l'efficacité croissante de notre système de santé et de protection sociale, de ses capacités techniques, financières, l'allongement de l'espérance de vie et son corollaire, la poly pathologie, et l'apparition de nouvelles techniques de prises en charge comme l'éducation thérapeutique, rendent aujourd'hui une bonne prise en charge impossible pour un professionnel de santé isolé tant de chaque patient que de l'ensemble de sa patientèle.

La nécessité d'une bonne organisation des parcours de prise en charge, d'un accès aux bonnes informations, d'une organisation la plus efficace possible entre professionnels, pèse de plus en plus sur chaque professionnel de santé. La complexité, la pression des usagers s'accroissent, on assiste au passage progressif dans l'opinion d'une obligation de moyen à une quasi-obligation de résultat. Chaque professionnel se protège de plus en plus, réduit sa charge de travail, donc sa disponibilité, ce qui accroît mécaniquement la tension usagers – professionnels dans le système de santé.

C'est une première raison qui pousse de plus en plus de professionnels à s'organiser collectivement, car beaucoup de réponses ne sont plus possibles individuellement. Le désir de bien faire son métier, de se protéger, d'organiser de nouveaux services, de se coordonner est le moteur principal de ces nouvelles organisations sous forme d'équipes de soins primaires coordonnés, dont les plus modélisantes sont les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les CDS.

Par ailleurs l'organisation de certaines missions habituelles est aussi en difficulté, car la charge de travail concernant les patients et les patientèles augmente, et la disponibilité diminue sous la double contrainte de la démographie et du temps de travail. Organiser la continuité des soins pour ses propres patients devient difficile pour certaines professions, médecin généraliste, kinésithérapeute, dentiste, orthophoniste. La situation s'aggrave désormais pour trouver un médecin traitant, cette situation va d'ailleurs continuer à s'aggraver jusqu'en 2025.

Il n'y a donc pas d'autre solution pour les 20 ans qui viennent, que de s'organiser, pas partiellement là où on exerce, mais sur une zone plus large, pour avoir les ressources nécessaires en professionnels : le territoire pour sauver nos exercices.

ORGANISER UNE CPTS, POUR FACILITER L'EXERCICE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DU TERRITOIRE

La CPTS vient donc donner un cadre et des moyens pour permettre de prendre en charge les trois niveaux de services à rendre au patient, à la patientèle, à la population.

On peut aussi parler des services à rendre aux professionnels : organisation des parcours pour leurs patients, lien avec le médico-social, mise en place de procédures d'entrée et de sortie en cas d'hospitalisation etc. Organiser des outils au bénéfice final des patients, mais susceptibles de faciliter l'exercice de sa profession pour chaque soignant, c'est du temps, de la disponibilité, une meilleure articulation vie personnelle – vie professionnelle pour chacun.

Le SR4P, les services à rendre au patient, à la patientèle, à la population et au professionnel, c'est comme cela que l'on peut modéliser ce que peut apporter une CPTS, avec une dotation venant de l'assurance maladie, attribuée collectivement donc avec la garantie d'une utilisation pour rendre ces services, améliorer les conditions d'exercice, et donc l'attractivité des métiers.

Ajouter à l'organisation propre mise en place par chaque professionnel pour son exercice, une dimension collective dans l'organisation d'un territoire pour faciliter cet exercice et développer de nouveaux services gérés par ces mêmes professionnels, voilà l'intérêt de ce nouveau concept, la CPTS.

SERVICES À RENDRE AUX PROFESSIONNELS DU TERRITOIRE : LESQUELS ?

Les services à rendre à chaque professionnel dans un territoire donné, ce sont les motivations qui peuvent en plus de l'intérêt collectif, amener la participation de chacun d'entre eux. Les services attendus sont, sans exhaustivité :

- le gain de temps : mieux connaître les partenaires, anticiper par des protocoles pour les situations fréquentes ou à fort risque, confier des tâches de coordination aux personnes embauchées pour cela, préparer des documents en amont de la consultation (Maison de l'autonomie - MDA, Allocation personnalisée d'autonomie - APA...), réunir les informations sur les structures d'accompagnement... ;

- une meilleure coordination des soins ;
- une meilleure connaissance des autres métiers ;
- une meilleure organisation du maintien à domicile ;
- une facilitation de l'adressage aux correspondants ;
- une meilleure information sur les patients ;
- une circulation plus simple des informations ;
- une possible délégation de tâches décidée et organisée entre professionnels ;
- une mise en relation facilitée avec les structures sociales et médico-sociales ;
- l'ouverture possible vers de nouvelles missions de santé : chimiothérapies orales ambulatoires ;
- la mise en place des assistants médicaux.

QUEL TERRITOIRE POUR UNE CPTS ?

Penser service à rendre à la population nécessite de décrire cette population en termes de territoire.

Mais comment déterminer la « population » concernée ? En décrivant le territoire concerné.

Première possibilité, agglomérer les territoires « fonctionnels » constitués chacun par la patientèle d'un professionnel : liste des individus qui recourent à ses services sur une période déterminée, liste de ceux qui ont déclaré un médecin traitant à l'assurance maladie. Passer de la patientèle à la population pourrait s'imaginer par addition de toutes les patientèles. Mais cela laisserait de côté tous ceux qui n'ont pas de professionnel de santé habituel, ceux qui n'en connaissent pas, ceux qui ne consultent pas, ceux qui sont exclus du système car sans droits…

Deuxième possibilité, utiliser un territoire administratif, celui d'une collectivité locale, commune ou agglomération, canton, département…, ou un territoire acté dans un dispositif officiel, secteur de garde médicale, secteur de pharmacie, secteur de recours hospitalier, sectorisation de psychiatrie.

Tous ces choix pouvaient faire valoir leur logique, mais ils présentaient l'inconvénient d'être « désincarnés » pour les professionnels : il restait la possibilité de leur demander de décrire eux-même leur territoire de projet, ce qui a l'avantage de faciliter la mobilisation, et l'inconvénient d'avoir des trous de couverture. Si cela est nécessaire, une concertation avec l'ARS pourrait permettre de chercher la complémentarité entre CPTS pour répondre à la volonté politique de couvrir tout le territoire français d'environ 1000 CPTS en 2022. Cet objectif semble aujourd'hui envisageable puisque 15 mois après la décision politique de mise en œuvre généralisée, près de 500 projets sont en cours de construction.

LE TERRITOIRE, UNE MÉTHODE POUR PENSER L'OFFRE DE SANTÉ ET AU DELÀ, FAIRE SOCIÉTÉ

Parler territoire, cela veut dire qu'on ne s'intéresse plus seulement aux structures juridiques des offreurs de service de santé, mais aux services à rendre. Dans une comparaison un peu osée, c'est passer d'une politique centrée sur les offreurs, à une politique des besoins attendus, une sorte de « keynésianisme » dans la santé.

La pédagogie choisie, c'est d'inciter les offreurs de service en santé à se mobiliser, c'est de faciliter les initiatives des individus et des structures pour qu'ils s'organisent collectivement au bénéfice de l'intérêt public. Ainsi se crée un lien entre le collectif et l'individuel qui doivent se compléter et non pas s'opposer.

Donner l'initiative aux acteurs de terrain, c'est un pari osé dans une société très centralisée. Mais cette méthode constructale (optimisation globale sous des contraintes locales, 1990 BEJAN), dans un système de santé très complexe, c'est certainement la méthode qui donne le plus de chances de réussite, car elle laisse aux acteurs locaux la capacité d'adapter au mieux besoins et organisations.

Le projet CPTS est donc un pari, risqué dans un pays jacobin, sur la capacité des individus à développer un projet collectif. Avons-nous d'autres choix que cette confiance mutuelle entre un État qui ne peut de toute façon plus penser la totalité de la complexité sociétale, et des individus encore très (trop) habitués à attendre beaucoup de l'État ?

Un intérêt supplémentaire, c'est de franchir avec élégance le faux débat du niveau national ou régional de l'organisation et du financement du système de santé. Passer d'un ONDAM à treize ORDAM, ne change de toute façon pas la nature des problèmes à régler.

L'organisation qui se dessine sous nos yeux, aboutira à des territoires de santé, lieux effectifs de l'organisation en proximité, réclamée par la population : c'est plus cohérent car la proximité n'existe pas entre les personnes et des régions, bien trop vastes. Le niveau régional est là pour vérifier la cohérence des projets et des territoires. Une fois que cela sera effectif, la contractualisation nationale des CPTS prendra la main, et il restera à animer le contenu en termes de diagnostic et de résultat des processus mis en place avec peu à peu une responsabilité territoriale qui passera des ARS aux CPTS. Cette hypothèse personnelle ne sera de toute façon pas pensable avant une vingtaine d'années !

LES TERRITOIRES DES CPTS : DES LIEUX POUR FAIRE VIVRE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

Les territoires de CPTS doivent progressivement s'enrichir d'une organisation plus proche entre les professionnels de santé de terrain et les représentants de la démocratie sanitaire, que sont les associations d'usagers de la santé.

La démocratie sanitaire, très organisée, bien développée dans les institutions nationales, régionales et territoriales, n'a pas été positionnée dans la loi au niveau des territoires de CPTS. C'est pourtant à terme une nécessité, qu'il faudra expliquer aux professionnels de terrain.

L'expression des usagers est très intégrée dans les Centres de santé, et commence à l'être dans les maisons de santé, grâce aux incitations de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI des maisons de santé). Ce n'est pas encore le cas dans l'ACI des CPTS. Pourtant sur le terrain, on voit que des projets de santé incluent une possibilité d'échanges avec les structures représentant les usagers. Il serait logique qu'à terme des possibilités de travail existent entre conseils territoriaux de santé et CPTS pour rapprocher la démocratie sanitaire et l'exercice des professionnels de proximité.

LA LÉGITIMITÉ TERRITORIALE DE LA CPTS

Un des aspects les plus importants sur la notion de territoire d'un projet de CPTS, c'est celui de la légitimité reconnue à l'organisation entre acteurs de soins ambulatoires et acteurs du médico-social : cette légitimité est fondatrice pour la capacité à organiser le système de santé en proximité.

Lorsqu'une équipe de soins primaires coordonnés veut construire des modalités de travail avec d'autres acteurs, hôpital, clinique, PMI… la question qui se pose de façon très concrète, c'est la possibilité que ces modalités s'appliquent à l'ensemble des partenaires. Une structure d'hospitalisation peut mettre en place des procédures d'anticipation de la sortie des patients, mais il sera difficile de prévoir une procédure par partenaire.

La question que nous posent ces structures, c'est celle de la légitimité sur un territoire de l'interlocuteur qui leur parle. Le fait que le projet de santé d'une CPTS soit validé par l'ARS lui permet donc d'accéder à une légitimité institutionnelle sur son territoire, ce qui est une première dans le monde des professions de santé ambulatoires.

Il faudra aller plus loin pour l'organisation territoriale, dans ce double mouvement de l'organisation des GHT, groupement hospitalier de territoire et des CPTS. Il faudra une clarification sur l'interlocuteur hospitalier qui pourrait être directement le GHT, ou l'hôpital support du GHT ce qui poserait des problèmes pour les GHT très étendus comme dans le Limousin. Il faudra aussi que les CPTS de territoires adjacents, ou travaillant avec le même établissement hospitalier, s'organisent pour mettre en commun des projets convergents dans leur relation avec les interlocuteurs du territoire. Cela peut être envisagé sous forme de fédération départementale de CPTS.

LES CPTS RENDENT VISIBLES LES SOINS AMBULATOIRES

L'organisation des CPTS va permettre de donner progressivement de la visibilité au secteur ambulatoire de notre système de santé. Cette visibilité nécessitera des dispositifs très concrets, coordination identifiée de l'équipe de la CPTS, numéro de téléphone, services rendus identifiés…

Cette visibilité est un service attendu avec impatience par les partenaires, qui sont en grande difficulté pour identifier et contacter les acteurs ambulatoires, tant collectivement (pour organiser le suivi des chimiothérapies ambulatoires par exemple) qu'individuellement (repérer l'équipe qui reprend un patient en sortie d'hospitalisation).

La fonction de coordination de la CPTS aura donc plusieurs tâches immédiates, construction d'un annuaire des professionnels et structures du territoire, mise en place d'un système de messagerie sécurisée, d'un système d'échange de données sur les patients, adoption de ces outils par les professionnels…

Cette visibilité veut aussi dire que cette fonction de coordination devra être présente dans les instances créées pour faire vivre la coopération : comité de pilotage ville hôpital par exemple.

La question se pose de la participation effective des professionnels eux-mêmes à ces instances de coopération entre structures. Pour beaucoup d'entre eux, l'indisponibilité liée à leur temps de travail, se double de la crainte de la « réunionite ». La solution est de pouvoir embaucher des personnes chargées de faire vivre cette coopération. Ces fonctions support qui existent chez les autres acteurs (le président de CME, les administratifs d'un hôpital, le secrétariat, les fonctions support informatique…) pourront être créées grâce aux CPTS. Certains de ces investissements en ressources humaines dans un territoire pourront amener à des mutualisations entre territoires, sans que celles-ci ne soient trop étendues. Les territoires doivent rester à taille humaine, en fonction de l'environnement populationnel et géographique.

LA CPTS ORGANISE DANS CHAQUE TERRITOIRE LA COMPLÉMENTARITÉ SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIAL

Un des points forts de la conception des CPTS, c'est d'y mêler le champ sanitaire et le champ social et médico-social. Car si le champ sanitaire ne compte que pour environ 30 % dans le résultat de santé, il est logique de penser que les soins ne peuvent pas seuls permettre d'atteindre l'objectif du « bien être physique mental et social » (OMS). Pourtant, si en ambulatoire nous butons sans arrêt sur des aspects médico-sociaux dans la prise en charge comme le maintien à domicile, dans nos territoires d'exercice, nous connaissons mal les interlocuteurs sociaux et médico-sociaux. Il en est de même pour le champ du handicap.

Le territoire est donc aussi un territoire de ressources, celles que nous connaissons et celles que nous ignorons. La coordination de la CPTS a donc un rôle de ressource, et au-delà de construction de relations structurées entre aidants à domicile et soignants : la mise en place d'outils de communication peut grâce aux messageries sécurisées et dans le respect de la loi sur le secret professionnel, permettre le partage d'informations entre le secteur santé et le secteur médico-social, avec l'accord de la personne concernée.

La création d'une CPTS et la formalisation d'une équipe mixte sanitaire et médico-sociale, permet alors de considérer le territoire comme un lieu de création de lien, de capacité d'échange et de communication au bénéfice de la population dans son ensemble.

DU SOIN À LA SANTÉ : LES ACTIONS DE SANTÉ SE DÉROULENT OBLIGATOIREMENT SUR UN TERRITOIRE

La santé publique, au-delà des soins, vise à développer la promotion de la santé, la prévention, le dépistage, dans une approche populationnelle. Son efficacité est meilleure si elle s'organise sur les lieux de soins, si l'ensemble des acteurs construisent un discours cohérent et commun, se coordonnent dans le temps. La santé publique doit aussi s'organiser avec les politiques de la ville, de l'éducation, de la prise en charge de la précarité pour mieux lutter contre les inégalités sociales de santé. Ce sont des missions impossibles à organiser pour chaque professionnel individuellement.

Le territoire permet donc d'envisager des actions conçues ensemble entre professionnels, avec les autres acteurs : PMI, santé scolaire, santé au travail, collectivité territoriale (atelier santé ville par exemple). La dimension populationnelle n'est pas exclusive d'actions ciblées sur des publics ou des personnes particulières, en complément par exemple du dépistage orienté. Mais celui-ci sera d'autant plus utile, qu'une culture commune aura été acquise par un travail de formation entre professionnels (risque et bénéfice attendu).

Le territoire peut donc devenir un territoire de santé publique.

PARTICIPATION À UNE CPTS DE TOUS LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DU TERRITOIRE ?

Comment gérer la non-participation de tel ou tel professionnel ?

Une CPTS est un système organisé dans lequel aucune obligation de participer n'existe, ce qui est une règle pédagogique indispensable. La question est souvent posée, sur ce qu'il convient de faire de ce concept du volontariat. Cette réflexion est indissociable de celle de la légitimité.

Si dans un domaine de la vie d'une société, est établie une règle commune sur un point précis, on peut examiner la façon dont cette règle a été construite. Souvent par décision politique, ou administrative. Si la construction se fait par consensus sur un territoire, ceux qui ont participé à sa construction peuvent décider d'en faire une règle applicable à tous. Dès lors la légitimité donnée par les connaissances acquises de la science d'une part, par la structure reconnue par la loi et les règles en vigueur d'autre part, donne à cette règle force de « loi » interne pour les membres et les partenaires qui ont contribué à son élaboration.

Concrètement, si un mode opératoire est adopté par une CPTS et l'hôpital du territoire pour la sortie d'un patient après un séjour, ce mode sera appliqué pour tous les patients y compris quand leur soignant n'a pas participé à son élaboration.

La question est donc pour les professionnels, de décider s'ils veulent participer ou laisser décider leurs collègues et les partenaires concernés. Bien sûr ce raisonnement suppose que la légitimité territoriale d'une CPTS se fonde sur un minimum de professionnels participant à l'élaboration des protocoles et procédures mis en place, et que la conformité au consensus de bonnes pratiques soit respectée.

Il faut bien sûr dans le même temps que ces règles d'organisation soient si nécessaire ignorées dans des situations particulières dans l'intérêt de la personne prise en charge. Autrement dit, les exceptions aux règles de bonnes pratiques existeront toujours, c'est la responsabilité de chaque professionnel de considérer que l'intérêt de la personne l'emporte nécessairement sur l'application de la règle, du protocole.

UN TERRITOIRE OÙ LES MÉTIERS VONT ÉVOLUER

Dans un territoire de CPTS, il est possible d'anticiper sur ce que seront nos métiers dans l'avenir, en abordant deux aspects : les pratiques avancées, la prise en charge pluri professionnelle des maladies chroniques.

La coopération pluri professionnelle peut être décidée à un niveau national et dans ce cas la défense de l'exercice de chaque profession l'emporte nécessairement sur la nécessité de regarder concrètement les complémentarités possibles. C'est normal et logique, la posture de défense de l'identité et du contenu de nos métiers est un impératif et un mandat syndical qui doit être compris et respecté.

Néanmoins sur le terrain, et selon les situations locales, les professionnels qui se connaissent et travaillent ensemble, peuvent le plus souvent tomber d'accord sur de nouveaux périmètres professionnels. L'exemple de la vaccination chez le pharmacien, refusée au plan national par les syndicats médicaux, s'est développée sans heurts sur le terrain. C'est une méthode qu'il faut garder en mémoire, car c'est sur chaque territoire que ces nouvelles pratiques peuvent trouver un terrain de développement.

Pour dégager le temps médical pour prendre en charge des situations nouvelles, toujours plus complexes, pour prendre en charge les patients sans médecin traitant, une des solutions est de décharger les médecins de tâches non médicales, l'autre est de confier le suivi de patients chroniques stabilisés à des infirmières en pratique avancée. Dans le cadre d'une procédure de suivi conjoint, en gardant la responsabilité du suivi, le médecin traitant doit bénéficier d'un modèle économique qui l'encourage dans cette pratique, notamment par la modulation du forfait patientèle.

Dégager une part significative du nombre de patients stabilisés suivis en pluri professionnel, cela veut aussi dire que le travail du médecin va se concentrer sur des situations médicales plus lourdes et complexes, avec des temps de consultation plus longs, dont la rémunération devra elle aussi évoluer comme la convention médicale de juillet 2016 a commencé à le faire.

PERSPECTIVE SUR LES TERRITOIRES ET LES CPTS : LA COORDINATION DES PROJETS DE SANTÉ

Le projet territorial de santé prévu dans la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé sera élaboré entre CPTS et établissements de santé, sociaux et médico-sociaux. Il devra tenir compte « des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé, du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire, du projet territorial de

santé mentale, des projets médicaux des établissements de santé privés, des projets des établissements et services médicosociaux et des contrats locaux de santé. »

Il faut souligner l'importance de créer une bonne articulation avec le projet territorial de santé mentale: le cloisonnement du secteur de la santé mentale pose problème aujourd'hui, alors qu'elle concerne une population fragile et souvent atteinte de multiples pathologies. D'où l'intérêt de la mutualisation envisagée par le projet territorial de santé.

Il définit « le territoire pertinent pour la mise en œuvre par ses acteurs de l'organisation des parcours de santé ». « Le projet territorial de santé décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins, de la continuité des soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, au dépistage, aux soins de proximité, aux soins non programmés et aux soins spécialisés, sur tout le territoire. Il peut également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins. »

La loi a donc ajouté au projet de santé et au territoire de la CPTS, un projet partagé avec les établissements de santé et médico-sociaux, et la définition du territoire de mise en œuvre. Cette modalité vise bien sûr à permettre une coordination territoriale effective. Elle met sur un même plan la CPTS et des établissements, ce qui est un signe tangible de l'importance donnée aux CPTS.

Mais c'est une complexité à gérer, pour laquelle les CPTS ne sont pas encore armées. La solution pour aller vers ces projets territoriaux de santé, sera probablement de commencer par des contractualisations sur des points précis, par exemple les modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation. La gestion commune de ces projets permettra à chacun d'apprendre à travailler ensemble, mais risque d'être chronophage : il faudra alors donner plus de moyens structurels aux CPTS pour que ces contrats soient effectifs, d'autant que se profile aussi pour les CPTS, la participation à la gouvernance de l'hôpital de proximité.

LA CPTS LIEU DE COHÉRENCE TERRITORIALE

Après la phase de structuration d'une CPTS et de mise en œuvre de son projet de santé, environ trois ans de travail, arrivera la phase de maturité dans laquelle il serait utile qu'une CPTS puisse décrire ce qui se passe sur son territoire. Créer et gérer des données de santé ambulatoires, des indicateurs d'action, c'est un enjeu majeur, surtout si on veut évaluer les actions mises en place.

Dans une phase ultérieure, une CPTS pourrait décrire les besoins de santé non satisfaits sur son territoire, et les ressources professionnelles manquantes. Pour attirer ces ressources, il est probable que l'organisation du territoire soit un élément décisif.

Dans une configuration où l'installation de professionnels obéit à des règles nationales pas toujours efficaces ou adaptées, souvent d'application décalée par rapport à la situation sur le terrain, il serait logique de laisser chaque CPTS décrire son territoire. Confier progressivement aux CPTS cette description permettrait une mise en cohérence par des critères communs, et, donc un choix plus facile pour l'installation des futurs professionnels.

CONVENTIONNEMENT TERRITORIAL

Les professionnels de santé libéraux ou salariés ont chacun leur convention nationale, médecin, infirmier, kiné, pharmacien…

Dans l'avenir ils seront aussi conventionnés dans leur territoire à travers les CPTS : la convention nationale métier garantira l'homogénéité des prises en charge des soins par l'assurance maladie. La convention territoriale de la CPTS donnera les moyens pour améliorer l'organisation de la vie professionnelle de chacun, pour organiser les parcours, les prises en charge médico-sociales articulées avec les soins, pour permettre de répondre aux besoins spécifiques de la population du territoire.

Ce double conventionnement devra être articulé par des dispositions complémentaires améliorant les conditions de travail et la capacité des professionnels de répondre aux besoins de santé : c'est ainsi que l'on redonnera de l'attractivité à l'exercice ambulatoire.

CONCLUSION

Prendre en charge plus de situations en ambulatoire, c'est la seule façon de répondre aux difficultés de l'hôpital. Pour cela il faut créer les fonctions support des professionnels, il faut développer les articulations entre les secteurs du médico-social et de la santé et proposer de nouveaux outils : garde de nuit, solution de répit pour les aidants, capacité de relevage en cas de chute.

Le chemin sera difficile, car on demande en pleine crise démographique aux professionnels de santé d'en faire plus : pour les médecins généralistes le retour de l'offre disponible au niveau de 2015 ne se fera qu'en 2040. Mais cette crise est aussi une chance, car seule l'innovation organisationnelle peut apporter des solutions. Si les professionnels le comprennent, si les tutelles, l'assurance maladie, les ARS apportent le maximum de souplesse dans les critères de création des CPTS, il est possible de réussir.

Grâce à l'impulsion de 1958, la réforme de l'hôpital a été un succès qui a produit l'excellence du CHU. Le discours du 18 septembre 2018 du Président de la République a impulsé à son tour une réorganisation du système de santé de proximité partout sur le territoire. Le choix de septembre 2018 c'est celui de l'organisation territoriale, de l'exercice coordonné pluri professionnel, de la coordination entre structures, de la généralisation des outils de communication sécurisée, de la lutte contre les inégalités sociales de santé, grâce à un système de santé de qualité accessible à tous en proximité.

L'alternative possible, c'est l'ubérisation de la santé avec des propositions de services numériques qui essayent de s'implanter, dans une anarchie organisationnelle délibérée, sans construction de territoire, sans construction d'équipes de soins coordonnées, sans garantie d'égal accès aux soins, sans perspective d'évolution métier, sans dimension de santé publique populationnelle. Ce serait couteux et inégalitaire.

À chacun de choisir. Les CPTS ou uber ?

Retour d'expérience : la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du 13e arrondissement de Paris

Par **Hector Falcoff** (médecin généraliste, président du conseil d'administration de la CPTS du 13e arrondissement), **Anne-Laure Gasse** (Diététicienne, coordinatrice), **Yasmine Berraho-Bundhoo** (Diététicienne, coordinatrice), **Sophie Dubois** (Pharmacienne, directrice).

Hector Falcoff est médecin généraliste. Il exerce en libéral dans le 13e arrondissement depuis 1980. De 1996 à 2017, il a été Maître de conférences associé puis Professeur associé au département de médecine générale de la faculté René Descartes. Il anime le département recherche de la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste depuis 1992. Depuis 2011, il est Président du Pôle Santé Paris 13 puis de la CPTS Paris 13.

Anne-Laure Gasse est diététicienne libérale et coordinatrice à la CPTS Paris 13 depuis 2015. En 2018-2019, elle a suivi le diplôme d'établissement (DE) « Coordinateur de regroupements pluri-professionnels de Soins Primaires » de l'EHESP.

Yasmine Berraho-Bundhoo est diététicienne, diplômée en 2010. Elle compte 8 ans d'exercice dans 7 SSR en Île-de-France comme responsable nutrition. De fin 2017 à fin 2018, elle a suivi le MBA Directeur(s) des structures de Santé et de Solidarité à l'institut Léonard de Vinci, La Défense. Elle a été stagiaire de mai 2018 à novembre 2019 au sein du pôle Santé Paris 13 dans le cadre de ce diplôme. Elle est coordinatrice à la CPTS Paris 13 depuis février 2019.

Sophie Dubois est pharmacienne depuis 1995. Elle a été gérante d'officine de 1998 à 1999 en Belgique puis titulaire d'officine à Paris de 1999 à 2009. Depuis 2010, elle est membre fondateur et vice-présidente de la Fédération des maisons et pôles de santé d'Île-de-France (FemasIF) et directrice du Pôle Santé Paris 13 puis de la CPTS Paris 13 depuis 2011. De 2017 à 2019, elle est également formatrice relais au sein du Programme d'amélioration continue du travail en équipe de soins primaire à l'École des Hautes Études en Santé Publique.

I - 2011 - 2018 : LE PÔLE DE SANTÉ PARIS 13E SUD-EST.

Depuis 20 ans, les soins primaires, et tout particulièrement la médecine générale ont connu de profonds changements : informatisation, filière universitaire de médecine générale, parcours de soins coordonnés avec incitation des patients à déclarer un médecin traitant[1], rétribution sur objectifs de santé publique (rétribution individuelle des médecins), apparition des premières maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

I.1/ Une dynamique professionnelle dans le sud-est du 13e arrondissement déclenchée grâce au programme Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR)

En 2010, le programme « Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) » a ouvert la possibilité aux professionnels de soins primaires de bénéficier de quelques moyens pour développer des innovations organisationnelles.

À l'initiative d'un cabinet de médecine générale du 13e arrondissement de Paris, une trentaine de professionnels de santé se regroupent autour d'un « Acte de bonne foi » (Annexe 1 – v. *infra*), puis créent l'Association pour le Développement du Pôle de Santé Paris 13e Sud-Est, rapidement désignée « Pôle santé Paris 13 ». L'association dépose auprès de l'ARS Île-de-France une demande de participation à l'ENMR. Une convention est signée avec l'ARS Île-de-France et la Cpam de Paris en mars 2011.

I.2/ Une conviction, une mission, des valeurs

Les professionnels initiateurs du Pôle avaient la conviction que des soins primaires organisés constituaient le chaînon manquant du système de santé. Ils s'étaient donné pour mission de faire évoluer l'offre et l'organisation des soins de ville pour les rapprocher des besoins des patients, des professionnels et de la population du territoire.

Dès le départ, le Pôle santé Paris 13 s'est référé à certaines valeurs et certains principes :

- la responsabilité collective vis-à-vis de la santé de la population du territoire ;
- la solidarité entre professionnels ;
- la pluriprofessionnalité ;
- le décloisonnement entre sanitaire et social, ville et hôpital, soins primaires et soins secondaires/tertiaires ;
- la qualité et en particulier la volonté de dispenser des soins centrés sur le patient, équitables, sûrs et efficients ;
- l'indépendance professionnelle.

Ces valeurs n'ont pas changé et sont aujourd'hui celles de la CPTS.

1 Permettant donc à chaque médecin d'avoir une « population cible » (la liste de patients dont il est médecin traitant), et un dénominateur pour la mesure d'indicateurs.

I.3/ Des actions

Le Pôle santé Paris 13 a mené une trentaine d'actions entre 2011 et 2018. Les actions s'efforçaient de répondre à des besoins identifiés par les professionnels dans leur pratique quotidienne. Le plus souvent une idée naissait d'une rencontre, d'un échange, qui venait confirmer un diagnostic partagé. Certaines idées se transformaient en actions immédiatement, d'autres étaient placées « en incubateur », soit parce qu'elles étaient jugées pertinentes mais non prioritaires, soit parce qu'elles nécessitaient des ressources supplémentaires, soit parce qu'elles devaient être affinées.

À titre d'exemples, voici trois actions initiées par le Pôle et qui se poursuivent aujourd'hui :

- Le dispositif « Automesures tensionnelles[2] » : sur prescription du médecin, un patient qui justifie d'une campagne d'automesures tensionnelles à domicile, se rend à la pharmacie ; le pharmacien lui explique comment procéder, lui prête l'appareil pour 3 jours, puis récupère l'appareil et le relevé des mesures faites par le patient, valide ces mesures, et transmet les résultats au médecin prescripteur. Ce dispositif repose sur un protocole partagé entre les prescripteurs et vingt pharmacies du territoires, équipées en tensiomètres par le Pôle. Chaque campagne d'automesures est rétribuée 10 € au pharmacien. Ce dispositif permet de réaliser plusieurs centaines d'automesures chaque année.

- L'action « Pas de personne âgée dépendante sans médecin traitant » : les personnes âgées dépendantes, qui ne peuvent pas se rendre en consultation au cabinet médical, sont confrontées à de grandes difficultés pour obtenir un suivi à domicile. Le Pôle fait tout son possible pour ne pas laisser ces personnes sans suivi. Les demandes sont reçues par une coordinatrice. Elles proviennent des hôpitaux, des travailleurs sociaux, des familles ou des personnes elles-mêmes. La coordinatrice recueille un premier niveau d'informations qu'elle transmet à une médecin généraliste, responsable de l'action. Celle-ci analyse la situation et contacte successivement les médecins généralistes installés à une distance raisonnable du domicile de la personne, jusqu'à ce qu'un collègue accepte le suivi. Le succès de l'action repose d'une part sur le fait que des généralistes ont accepté, par solidarité, d'augmenter significativement le nombre de personnes suivies à domicile, d'autre part sur le débrouillage initial de la situation qui permet au généraliste qui s'engage de savoir « où il met les pieds ». Nous recevons entre 1 et 3 signalements par semaine.

- Le programme « Dépistage et accès aux soins dans les foyers de migrants du 13e arrondissement ». Il s'agit d'un partenariat entre le Pôle (qui coordonne l'action), l'équipe du Centre Gratuit d'information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) de la Pitié Salpêtrière, le service de prévention de la Cpam de Paris, le service social de la CRAMIF, l'Atelier Santé Ville du 13e et ADECA 75. Le programme bénéficie d'un financement spécifique de l'ARS Ile-de-France depuis 2014. Environ une fois par mois un « parcours santé » est organisé dans un foyer (le 13e est l'arrondissement de Paris qui en compte le plus). Le gestionnaire du foyer (ADOMA ou COALLIA) participe

2 Les automesures tensionnelles sont recommandées pour diagnostiquer et suivre une hypertension artérielle mais demandent une logistique compliquée à mettre en œuvre par un médecin généraliste exerçant seul.

à cette organisation, ainsi que, chaque fois que possible, le comité des résidents. Les dépistages effectués comprennent l'hypertension artérielle, le diabète, les problèmes dentaires, des infections virales chroniques (VIH, hépatites B et C), la remise du test de dépistage du cancer colorectal au-delà de 50 ans, ainsi que les problèmes d'accès aux droits. À l'issue du parcours, un médiateur oriente les personnes chez qui un problème a été détecté vers l'hôpital ou vers la ville (Centre de Santé, Maison de Santé) selon la nature du problème. Un parcours se déroule sur une demi-journée et permet de voir environ 50 personnes (500 par an). Environ 15 % des migrants rencontrés ont au moins un problème qui justifie une orientation vers des soins. Les plus fréquents sont la séropositivité VHB et l'hypertension artérielle. À un mois, un contact téléphonique avec le migrant permet de savoir si l'orientation proposée a été suivie.

I.4/ Des installations

Le sud de l'arrondissement est la zone qui regroupe les quartiers « Politique de la ville », où réside la population la plus défavorisée socialement. Bonne illustration de l' « *inverse care law* »[3], c'était aussi, lors de la création du Pôle, la zone qui comptait le moins de médecins généralistes (Annexe 2 – v. *infra*). En 2015, le quartier Patay Masséna comptait deux médecins généralistes pour 20 000 habitants. Le Pôle a été l'interlocuteur de bailleurs sociaux qui ont identifié des locaux disponibles. En parallèle, les contacts étroits avec les professionnels du territoire et avec les départements de médecine générale parisiens ont permis l'émergence de petites équipes intéressées par l'installation en MSP sur le territoire. Ces équipes ont été accompagnées, notamment pour les négociations avec les bailleurs sociaux et pour la recherche des financements nécessaires (Ville de Paris, Région, ARS Île-de-France). Aujourd'hui quatre MSP sont implantées dans le sud 13e, dans ou à proximité des quartiers en Politique de la Ville (Annexe 3 – v. *infra*). Au moins trois projets de nouvelles MSP sont en cours.

Ces implantations ont radicalement transformé l'accès aux soins primaires dans cette partie de l'arrondissement, en ayant permis à ce jour (février 2020) la primo-installation de quinze jeunes médecins généralistes. Retour sur investissement, les professionnels qui exercent dans ces MSP sont les plus régulièrement motivés pour impulser et porter les actions proposées par le Pôle, créant une vraie dynamique de territoire.

II – LA CPTS PARIS 13

De 2011 à 2018, le Pôle a bénéficié annuellement d'un financement FIR (de 80 à 160 000 € selon les années), auquel se sont ajoutés des financements plus réduits sur réponse à appels à projet : Moi(s) sans tabac, action dans les foyers… Le niveau de

3 Hart JT. The inverse care law. Lancet. 1971 Feb 27;1(7696):405-12. Cette « loi » basée sur l'observation stipule que l'accès aux soins est inversement proportionnel aux besoins de la population. Par exemple l'accès aux généralistes, et encore plus aux spécialistes d'organe, est beaucoup plus difficile en Seine Saint Denis qu'à Paris, alors que les besoins sanitaires y sont beaucoup plus importants.

financement s'est avéré insuffisant pour permettre un réel développement, la constitution d'une équipe stable comprenant des salariés, l'implantation dans un local approprié. Le Pôle a largement fait appel au volontariat militant de ses adhérents. Pour ses responsables, l'incertitude sur le financement de l'année à venir, les dates aléatoires de versement des fonds, et le principe du versement d'une partie conséquente du financement à échéance, « sur résultats », ont été des préoccupations permanentes coûteuses en énergie.

Les CPTS ont été définies par la loi en janvier 2016 (article L. 1434-12 du code de la Santé Publique). Il s'agit d'associations de professionnels de santé de premier et second recours, d'acteurs sociaux et médico-sociaux, sur la base d'un projet de santé sur un territoire, pour une meilleure organisation des parcours des patients et une amélioration de l'exercice des professionnels. Le Pôle santé Paris 13 a modifié ses statuts pour devenir la CPTS Paris 13 en septembre 2018. La principale modification statutaire a été la création de 3 collèges : collège des professionnels adhérant à titre individuel (professionnels de santé, du médico-social, du social, libéraux ou salariés, exerçant en ville ou à l'hôpital), collège des structures ambulatoires des secteurs sanitaire, médico-social et social et collège des personnes morales représentant la population du 13e et les usagers de la santé. L'intégration dans la même association d'un collège « horizontal » de professionnels et d'un collège « vertical » de structures spécifiques, et en particulier de réseaux, vise à proposer une trame cohérente pour l'action, à améliorer l'implication des professionnels, à réduire l'offre de soins « en silo » et la fragmentation des parcours (Annexe 4 – v. *infra)*.

Comme l'a souligné un rapport de l'IGAS[4], entre 2016 et 2019 le soutien public à l'émergence des CPTS a été très modeste, tant sur le plan des politiques régionales que sur le plan des financements. Grâce au travail réalisé depuis 2011, la CPTS Paris 13 a pu tout de même bénéficier d'une convention avec l'ARS Ile de France et d'un financement du fonds d'intervention régionale (FIR). Elle a été ainsi la première CPTS reconnue et financée en Ile de France. Le financement, insuffisant pour permettre le développement et la pérennité de la CPTS, a tout de même permis de maintenir un certain niveau d'activité en 2018 et 2019.

L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif au déploiement des CPTS publié au journal officiel du 24 août 2019 apporte un changement majeur. Le financement des CPTS par l'Assurance Maladie dans le cadre de l'ACI améliore le financement et le garantit pour cinq ans[5].

En 2019 la CPTS Paris 13 a élaboré un nouveau projet de santé, sur la base du diagnostic territorial et de l'expérience acquise depuis 2011. Ce projet vise à répondre aux missions des CPTS définies par l'ACI : favoriser l'amélioration de l'accès aux soins, la coordination et la fluidité des parcours des patients, la prévention, la qualité et l'efficience des prises en charge, l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé. Ce projet a été validé par l'ARS Île-de-France et a fait l'objet d'un contrat entre la CPTS, la Cpam de Paris et l'ARS, signé le 29 janvier 2020.

4 E. Fauchier-Magnan, V. Wallon, « Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé – Appui à la DGOC », *Rapport de l'IGAS*, août 2018.

5 Il faut cependant noter que le principe du versement d'une partie des fonds à échéance annuelle persiste, et fragilise la première année de vie de la CPTS (celle qu'il faudrait au contraire soutenir le plus !).

Les actions du projet pour 2020 sont résumées dans le tableau ci-dessous.

MISSION	ACTIONS
ACCÈS AUX SOINS	**Faciliter l'accès au médecin traitant** Dans la population générale Parmi les patients en ALD Parmi les patients couverts par la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) Parmi les patients âgés de plus de 70 ans Parmi les patients de + 65 ans dépendants **Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville** Élaboration d'un dispositif de traitement et d'orientation territorial des soins non programmés /soins urgents. Action menée avec la CPTS Paris 14.
PARCOURS DE SANTÉ/SOINS PLURIPROFESSIONNELS COORDONNÉS	**Déploiement de 5 parcours en 2020** Parcours intégré de santé et de soins pour les personnes âgées. Action menée avec la CPTS Paris 14* Parcours « patients hypertendus » Parcours « enfant d'âge scolaire, repérage et prise en charge des troubles des apprentissages » Parcours « pathologies psychiatriques, prévention, dépistage et prise en charge des facteurs de risque somatiques » Parcours « prévention, dépistage et accès aux soins des migrants »
DÉVELOPPEMENT D'ACTIONS TERRITORIALES DE PRÉVENTION	**Déploiement de 3 actions de prévention en 2020** Vaccination antigrippale parmi les sujets à risque (ceux qui reçoivent une prise en charge de l'Assurance Maladie) Sevrage tabagique pendant le « Moi(s) sans tabac »** Activité physique adaptée : groupes de marche destinés aux personnes sédentaires fragiles sur le plan social (isolement) ou psychologique.
DÉVELOPPEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA PERTINENCE DES SOINS	**Déploiement de 3 actions d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins en 2020** Cercles de qualité médecins –pharmaciens sur la prescription médicamenteuse. Comité de retour d'expérience (CREX) analysant les événements indésirables à l'interface ville-hôpital concernant les personnes de plus de 75 ans. Action menée avec la CPTS Paris 14 Soirées de formation et coordination pluriprofessionnelles (tous thèmes).
ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	Ouverture de nouvelles MSP dans les zones déficitaires du territoire. Accueil de stagiaires par la CPTS (toutes professions confondues) Réalisation de thèses et de mémoires par les stagiaires accueillis au sein de la CPTS (toutes professions confondues) Organisation d'un forum des soins primaires (septembre 2020)

* Cette action est menée dans le cadre des projets dits « Article 51 – IPEP – première vague ».
** Dans la continuité des actions menées depuis 2016.

Les actions seront évaluées par des indicateurs quantitatifs (par exemple : évolution du pourcentage de personnes résidant dans l'arrondissement et ayant déclaré un médecin traitant) ou par des critères binaires (par exemple : dispositif territorial de traitement et d'orientation des soins non programmés réalisé/non réalisé). Un travail important reste à faire pour affiner les indicateurs et les critères, et pour préciser la méthode qui sera appliquée pour les mesurer. Le contrat entre la CPTS, la Cpam et l'ARS pourra évoluer à tout moment par des avenants.

Le financement comprend une part fixe et une part variable, qui sera modulée en fonction du degré d'atteinte des objectifs. Le montant maximal du financement sera de 327 500 €.

En 2020, la CPTS emploie une directrice, trois coordinatrices (2,5 ETP) et un médecin de santé publique (0,5 ETP), dont la mission est centrée sur le déploiement d'un système d'information partagé sur le territoire des 13e et 14e arrondissements. Chaque action a un professionnel de santé référent, qui consacre en moyenne deux demi-journées par mois au projet et s'appuie sur un groupe de travail de taille variable (de 4 à 20 personnes). Chaque action bénéficie de l'appui logistique d'une coordinatrice. Depuis octobre 2019 nous partageons un local avec la CPTS du 14e arrondissement, la Maison des Aînés et des Aidants et le réseau de soins palliatifs du territoire. Cette proximité facilite le au décloisonnement et le développement de projets communs.

La période 2011-2017 a constitué un temps d'apprentissage qui facilite aujourd'hui notre engagement, avec des partenaires, dans des projets plus ambitieux, de portée systémique : parcours de soins intégrés[6], système d'information territorial, réponse collective aux demandes de soins non programmés, plateforme territoriale d'appui pour les cas complexes.

III – CE QUE NOUS AVONS APPRIS À TRAVERS L'EXPÉRIENCE DU PÔLE ET DE LA CPTS

Toute action visant à modifier l'organisation territoriale des soins a intérêt à reposer sur un diagnostic territorial : il ne s'agit pas nécessairement d'un diagnostic au sens épidémiologique du terme, il peut s'agir d'une analyse de l'offre de soins, d'une documentation qualitative d'un besoin, d'une réflexion basée sur l'analyse d'événements indésirables. Bien évidemment, les meilleurs diagnostics seront ceux qui combinent l'approche terrain des professionnels et les indicateurs quantitatifs, mesurés par le SNDS ou par des enquêtes ciblées.

Dans notre expérience, les meilleures idées d'action, celles qui se sont avérées les plus originales et les plus porteuses de changement, sont toujours nées de rencontres, d'échanges et d'analyses partagées dans le cadre de partenariats. Il y a intérêt à explorer toutes les pistes.

On sait qu'une idée est bonne seulement après l'avoir testée. Il faut pouvoir mettre en œuvre les idées rapidement, à échelle réduite, avec un minimum de rigueur méthodologique mais sans ambition de recherche. Il s'agit de savoir si « ça va marcher » localement ou pas. Dans cette approche, les thèses des internes de médecine générale ont été une ressource précieuse et relativement facile à mobiliser.

La pluriprofessionnalité est un exercice difficile, particulièrement lorsque deux professions sont en compétition (par exemple les infirmières et les pharmaciens pour la vaccination antigrippale). La coopération n'est pas possible si les profes-

6 En particulier le projet Parcours Intégré de Santé et de Soins des Seniors (PARI3S), mené dans le cadre du dispositif des actions innovantes en santé institué par l'article 51 de la lois de financement de la sécurité sociale de décembre 2017. Ce projet regroupe les CPTS des 13e et 14e arr. de Paris, les hôpitaux du territore (Pitié Salpétrière-Charles Foix, Cochin – Broca – Hôtel Dieu, Saint Joseph, Léopold Bellan), la Maison des Aînés et des Aidants du territoire, le réseau Memorys, et l'association Générations 13.

sions sont crispées sur leurs intérêts catégoriels. Il faut « contourner » les thèmes potentiellement conflictuels, et se centrer sur des thèmes gagnant-gagnant, ils sont suffisamment nombreux ! Il faut aussi identifier le potentiel inexploité de certaines professions (pharmaciens, infirmières…) et imaginer comment elles peuvent évoluer pour augmenter le service rendu collectivement.

L'aventure des MSP et des CPTS a permis de développer des relations nouvelles avec les tutelles (Ministère, ARS) et l'Assurance Maladie, basées sur plus de proximité et de confiance. Aujourd'hui la règle est, ou devrait être, la co-construction des projets.

Dans cette co-construction il ne faut pas mettre la charrue avant les bœufs : les outils et la technologie (télémédecine, objets connectés, système d'information…) viennent après la connaissance mutuelle et les relations de confiance entre les professionnels.

Un terrain est encore pratiquement vierge : celui de l'implication des patients et des « CHU » (citoyens, habitants, usagers). Dans notre expérience, le partenariat avec Générations 13, grande association de seniors de l'arrondissement, a été capitale pour la validation et la mise en œuvre des actions auprès des personnes âgées (parcours intégré, vaccination antigrippale, CREX, etc.).

Les CPTS constituent aujourd'hui en France le niveau méso des soins primaires, entre le niveau micro des équipes soignantes et le niveau macro des politiques de santé (Annexe 5 - v. *infra*). Elles sont le niveau auquel les professionnels peuvent se responsabiliser collectivement vis-à-vis de la santé de la population. Elles permettent aux autres acteurs (hôpital, social…) d'identifier un interlocuteur et un partenaire. Elles facilitent la possibilité de mutualiser des ressources au niveau territorial. Comme l'a écrit l'IGAS dans son rapport d'août 2018, les CPTS constituent pour les soins de ville une transformation équivalente à celle qui au milieu du XXe siècle a révolutionné l'hôpital. D'ailleurs le concept est à l'œuvre aujourd'hui dans plusieurs pays : réseaux de soins primaires anglais, zones de soins primaires flamandes.

ANNEXES

ANNEXE 1 : 2010, l'acte de naissance

À l'initiative des médecins généralistes du Groupe Médical Lahire, les signataires décident de se regrouper pour constituer un pôle de santé, au sens de l'article L. 6323-4, chap. III ter, de la Loi no 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

La forme juridique du pôle sera définie dans des statuts qui sont en cours d'élaboration. Les conditions d'adhésion des professionnels libéraux au pôle seront précisées dans ces statuts.

Le Pôle de santé aura pour buts de :

- faciliter la coordination, la continuité, la qualité, la sécurité et l'efficience des soins, préventifs et curatifs, délivrés aux personnes faisant appel aux professionnels du pôle ;

- lutter contre les inégalités sociales d'accès aux soins et de qualité des soins ;
- contribuer à l'organisation des soins de premier recours sur un territoire du 13e arrondissement de Paris délimité par le boulevard Vincent Auriol, l'avenue de Choisy, le boulevard Masséna et la rue du Chevaleret ; la définition du territoire pourra évoluer en fonction des professionnels de santé qui adhéreront au projet.

Parmi les thèmes sur lesquels les professionnels du pôle souhaitent travailler figurent (liste non limitative) :

- la prise en charge des pathologies chroniques ;
- le maintien des personnes âgées à domicile (incluant la coordination avec les intervenants en gérontologie et avec les travailleurs sociaux) ;
- les soins aux personnes souffrant de pathologies psychiatriques ;
- la prévention, et en particulier : le repérage et la pris en charge des facteurs de risque cardio-vasculaires, le dépistage des cancers, la prévention des infections sexuellement transmissibles ;
- la réponse à l'urgence et la permanence des soins ;
- la contraception, l'interruption volontaire de grossesse ;
- le bon usage des médicaments ;
- le bon usage des procédures diagnostiques.

Parmi les moyens qui pourront être mis en œuvre figurent :

- les réunions de coordination autour des patients (réunions, conférences téléphoniques, réunions « au lit du malade ») ;
- l'éducation thérapeutique des patients atteints de pathologies chroniques ;
- la formation pluriprofessionnelle (interformations ou formations faisant appel à des experts extérieurs au pôle) ;
- la mise en œuvre de protocoles élaborés en commun ou validés par les professionnels concernés ;
- la mise en œuvre de méthodes d'amélioration de la qualité telles que les groupes d'analyse des pratiques entre pairs, l'audit clinique, l'analyse collective et systémique des événements indésirables, le suivi d'indicateurs… (liste non limitative) ;
- le développement d'outils informatiques pour aider à la prise de décision et au suivi des patients, à la communication et à la coordination des professionnels.

Le pôle a vocation à coopérer avec les centres de santé, les réseaux et les établissements de santé.

Le pôle recherchera le soutien des collectivités locales et régionales, et de l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France.

Fait à Paris, le 29 octobre 2010.

ANNEXE 2 : pétition dans le quartier Bédier Boutroux

URGENCE : DESERT MEDICAL DANS NOTRE QUARTIER

Un médecin pour notre quartier!

Mobilisons nous auprès de notre mairie pour accueillir de nouveaux médecins...

Chers voisins, comme vous le savez, le docteur GRAS est en arrêt maladie depuis plusieurs semaines. Il est fort probable qu'il ne reprenne pas son cabinet. Madame BAUDRY GRAS, gynécologue, va elle aussi cesser son activité en 2023. Enfin, le Docteur LANCELOT, médecin généraliste le plus proche, devrait également prendre sa retraite en 2023.

Nous n'avons donc plus de médecin dans notre quartier et les généralistes avoisinants n'ont pas la capacité de gérer de nouveaux patients car ils sont surchargés. **Aucune solution de remplacement n'a été proposée à ce jour!**

Signer c'est agir:

Si vous (tes un(e) patient(e) des docteurs Gras ou Lancelot, ou si tout simplement vous habitez le quartier et souhaitez la venue d'un médecin généraliste de proximité, nous vous invitons à signer la liste jointe.

Notre action:

Grâce à vos signatures (gage d'engagement et de motivation des habitants du quartier) nous pourrons prendre les dispositions nécessaires auprès de la mairie afin d'obtenir un local pouvant accueillir un cabinet médical. En parallèle, nous allons rechercher et convaincre des médecins à venir s'installer dans notre quartier.

Pharmacie.
Traditionnelle.
Massiva

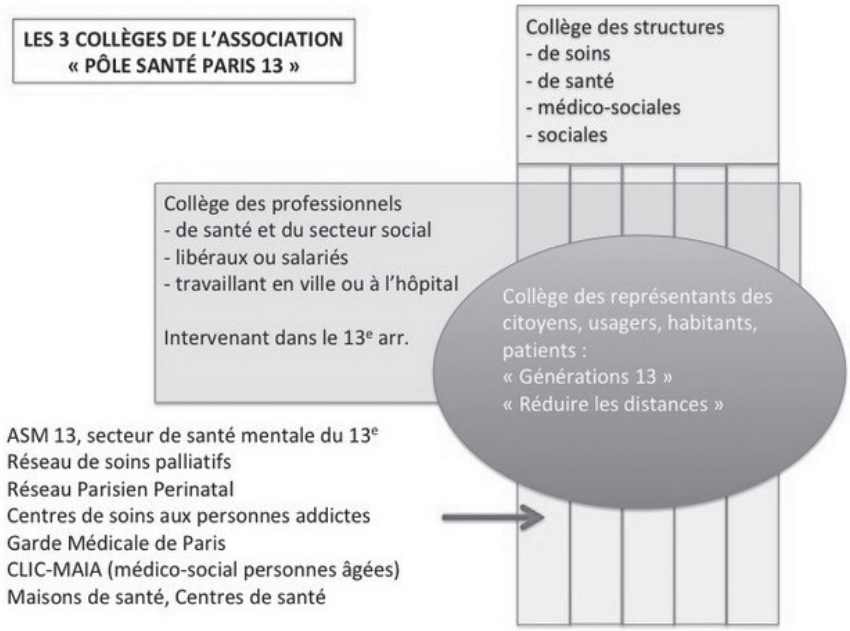
Localisation des médecins du quartier

1 : Dr. GRAS et BAUDRY
2 : Dr. LANCELOT

VOTRE CONTRIBUTION EST IMPORTANTE POUR AVANCER - MERCI

ANNEXE 3 : localisation des MSP du 13e arrondissement

ANNEXE 4 : les 3 collèges de la cpts du 13e arrondissement.



ANNEXE 5

MACRO	**POLITIQUE DE SANTÉ** Tutelles, Assurance Maladie, Syndicats, Fédérations des professionnels...	La population de la région, du pays
MESO	**ORGANISATION TERRITORIALE** Communautés Professionnelles Territoriales de Santé	La population du territoire (20 000 à 200 000 pers)
MICRO	**ORGANISATION DES ÉQUIPES** MSP, Centres de Santé, Équipes de Soins Primaires	Une patientèle (10 000 pers)
NANO	**INTERACTION D'UN PROFESSIONNEL AVEC UN PATIENT**	Une personne, une famille

10 ans d'ARS : quel bilan d'une forme de déconcentration régionale ?

Par **CLAUDE EVIN**, Ancien directeur général de l'ARS Île-de-France

Claude EVIN a eu une carrière politique puis administrative. Il est aujourd'hui avocat. Il a été député à l'Assemblée nationale pendant 23 ans (jusqu'en 2007). Il y a assuré diverses responsabilités : président de la Commission des affaires sociales, vice-président de l'Assemblée, et a été rapporteur de nombreux textes à caractère sanitaire et social. Ministre des Affaires sociales et de la Santé de 1988 à 1991, il a laissé son nom à divers textes législatifs notamment dans le domaine de la santé publique, des établissements de santé ou de la protection sociale complémentaire. Il a effectué (1994-2002) diverses missions dans plusieurs pays africains à la demande du Bureau international du travail concernant l'assurance santé. Il a assuré diverses responsabilités associatives, dont la présidence de la Fédération hospitalière de France. Il est président du Conseil d'orientation de l'Institut des hautes études de la protection sociale (IHEPS). Il a créé, puis dirigé l'Agence régionale de santé d'Île-de-France d'octobre 2009 à août 2015 ; cette agence ayant la responsabilité d'organiser la protection de la santé et l'organisation de l'offre de services (hôpitaux, établissements pour personnes âgées ou handicapées, soins de proximité) pour une région de 12 millions d'habitants. Avocat au Barreau de Paris depuis 2004, il a repris cette activité depuis le 1er septembre 2015. Il intervient sur des sujets de droit de la santé auprès de professionnels et d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

« La qualité et la pérennité de notre système de santé sont au cœur des préoccupations des Français. Ce système apporte-t-il aujourd'hui une réponse satisfaisante à ces attentes ? Les comparaisons internationales montrent que nos indicateurs de santé ne sont pas si favorables, alors même que les dépenses de santé sont parmi les plus importantes du monde. Des progrès importants sont donc à accomplir pour améliorer la santé publique, tout en maîtrisant mieux les dépenses.

À l'heure où l'échelon régional s'affirme comme le niveau pertinent de pilotage du système de santé, un pilotage territorial unifié et responsabilisé constitue un levier majeur pour relever ce défi. Ce pilotage, actuellement réparti entre les services de l'État, de l'Assurance maladie et les agences régionales d'hospitalisations (ARH), n'est en effet pas satisfaisant. Enchevêtrement des compétences, éclatement institutionnel, cloisonnement des acteurs (notamment entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier) : le diagnostic sur le pilotage actuel met en évidence la nécessité d'un pilotage unifié du système territorial de santé. L'excessive centralisation du système de santé, la trop faible adaptation des politiques de santé aux spécificités territoriales et les limites des actions menées en matière de dépenses plaident par ailleurs pour un pilotage territorial responsabilisé,

tant en matière de politiques de santé que de maîtrise des dépenses. Un pilotage unifié et responsabilisé du système territorial de santé, c'est la définition des agences régionales de santé (ARS).[1]»

C'est ainsi que le préfet Philippe Ritter, à qui Roselyne Bachelot alors ministre de la Santé avait demandé de piloter une mission chargée de créer les agences régionales de santé, introduisait le rapport qu'il avait rédigé en janvier 2008.

« *Un pilotage unifié et responsabilisé du système territorial de santé* ». Je retiendrai de cette définition les deux principales justifications de la création des ARS :

- un pilotage institutionnel et opérationnel resserré de notre système de santé au niveau régional avec la transversalité des actions ;
- le renforcement de la prise en compte des spécificités territoriales.

Ces deux orientations fondamentales étaient reprises dans l'exposé des motifs de l'article 26 du projet de loi portant réforme de l'hôpital, et relatif aux patients à la santé et aux territoires[2], créant les ARS :

- « *renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé : l'agence régionale de santé permettra, dans le cadre des orientations fixées au niveau national, de mieux adapter les politiques de santé aux besoins et aux spécificités de chaque territoire* ;
- *simplifier notre système de santé et réunir, au niveau régional, les forces de l'État et de l'assurance maladie : les ARS regroupent en une seule entité sept organismes actuellement chargés des politiques de santé dans les régions et les départements, auxquels elles vont se substituer.*»

Une troisième orientation était affichée dans cet exposé des motifs et prévoyait de : « *mettre en place de nouveaux outils pour améliorer l'efficacité de notre système de santé* ».

C'est au regard de ces trois orientations qu'il faut, dix ans après la création des ARS, en tirer un bilan.

I – UN PILOTAGE RÉGIONAL SIMPLIFIÉ

Une gouvernance régionale unifiée

Au moment de la création des ARS, chacun s'accordait à reconnaître que notre système de santé était organisé en « tuyau d'orgue », chaque secteur, au niveau régional, dépendant d'outils de planification distincts : l'hôpital était piloté par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les soins ambulatoires étaient pilotés

1 Rapport sur la création des agences régionales de santé présenté à Madame Roselyne Bachelot, Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports par Monsieur Philippe Ritter, Préfet honoraire, en janvier 2008.
2 Projet de loi n° 1210 enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 octobre 2008.

par les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM). Pour exercer des compétences conjointes, les ARH et les URCAM avaient été réunies dans des missions régionales de santé (MRS) créées par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. La santé publique faisait l'objet d'un plan régional de santé publique (PRSP) élaboré et mis en œuvre sous la responsabilité de groupements régionaux de santé publique (GRSP). Le secteur médico-social dépendait de diverses règles et autorités de financement et de planification, les priorités de financement des créations, d'extensions ou de transformations d'établissements faisant l'objet d'un programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) établi par le préfet de région. Quant à la veille et la sécurité sanitaire, elle était éclatée entre plusieurs administrations régionales ou départementales.

En réunissant dans un même établissement public les missions exercées par ces différents organismes, la loi HPST de 2009 répondait donc à une critique maintes fois exprimée au Parlement comme parmi différents acteurs du système de santé.

L'étendue des compétences ainsi confiées aux ARS n'a toutefois pas manqué de soulever des critiques au motif que de s'occuper par exemple de la qualité des eaux de consommation ou de loisirs ou de l'air ne permettait pas d'être en même temps suffisamment disponible pour traiter des questions relatives à l'organisation de l'offre de soins. Critique paradoxale alors que la majeure partie des déterminants de santé sont étrangers au système de santé lui-même et dépendent avant tout de la coordination avec les autres politiques publiques et de nos comportements.

La santé environnementale, notamment, est déterminante dans la mise en œuvre des politiques de santé publique lorsqu'on sait, par exemple, combien l'impact de la pollution de l'air sur la mortalité est sérieusement établi[3]. Si les politiques publiques qui impactent la santé environnementale (transport, production d'énergie, agriculture, industrie…) ne sont évidemment pas à la main des ARS, c'est bien vers les autorités sanitaires que nos concitoyens se tournent quand une crise environnementale se transforme en crise sanitaire (voir l'incendie de Notre-Dame, l'incendie de l'usine Lubrizol à Rouen, les anciens sites miniers de la vallée de l'Orbiel…).

Il faut d'ailleurs regretter que sur ces sujets environnementaux la loi n'a pas clarifié l'organisation des missions puisque l'ARS agit par délégation de compétences du préfet, ce qui créée une confusion dans les compétences strictes de l'État, et nuit à la lisibilité du positionnement de l'agence, de son autonomie et donc de sa responsabilité.

Un rapprochement entre l'État et l'Assurance maladie

C'est sans doute le rapprochement entre les services de l'État et de l'Assurance maladie dans les régions qui a représenté le plus d'intérêt dans la gouvernance du système de santé. Certes les services des caisses régionales d'assurance maladie et les services médicaux régionaux participaient précédemment aux travaux des agences régionales de l'hospitalisation, le directeur de la CRAM étant par ailleurs l'un des deux vice-présidents[4] du groupement d'intérêt public qui portait l'ARH.

3 48 000 décès en France chaque année sont liés à la pollution de l'air.
4 Le deuxième vice-président était le directeur de la DRASS.

Avec la création des ARS, les services qui, au sein des caisses régionales et du contrôle médical, assuraient le suivi des établissements de santé ont vu leurs compétences transférées au nouvel établissement public. Ainsi se sont constituées au sein des agences des équipes composées sans distinction, de fonctionnaires venant des directions régionales ou départementales des affaires sanitaires et sociales et de personnels contractuels de droit privé venant des organismes d'assurance maladie. Les responsabilités de direction étant assurées indistinctement par des personnes venant pour la plupart de ces divers organismes.

S'il a parfois nécessité un dialogue social sophistiqué compte tenu par exemple du nombre de conventions collectives et des différences contractuelles entre les agents, le mélange de cultures et de statuts représente un bon exemple de modernisation des services publics confirmant la capacité d'adaptation de ses organisations.

Le rapprochement entre l'État et l'Assurance maladie s'est notamment concrétisé avec l'élaboration d'un plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins[5] arrêté par le directeur général de l'ARS « après concertation avec les caisses locales d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires d'assurance maladie ».

À l'issue de la loi de 2016 a été créée une commission régionale de coordination des actions de l'agence régionale de santé et de l'assurance maladie[6] présidée par le directeur général de l'agence. Cette commission a pour objectif d'établir un programme stratégique partagé entre le réseau de l'assurance maladie et l'ARS au niveau régional, non seulement pour la gestion du risque et la déclinaison du plan ONDAM, mais aussi pour d'autres actions telles que les systèmes d'information, la prévention, la structuration de l'offre de soins de premier recours avec les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS),

Ces dispositifs ont marqué une réelle amélioration des relations et donc des actions conduites en commun au niveau régional, mais leur réelle efficacité reste souvent entravée par la dichotomie entre une ARS qui est autonome et « incarnée », et un échelon régional de l'assurance maladie sans autonomie par rapport à la caisse nationale.

Une organisation départementale plus proche du terrain

La loi de 2009 prévoyait que les « *agences mettent en place des délégations territoriales dans les départements* ». Ces délégations territoriales sont devenues des « délégations départementales » au moment où, en 2016, la loi a redéfini la notion de territoire de démocratie sanitaire dissocié des zones d'organisation de l'offre de soins.

Cette organisation départementale a été fortement plébiscitée par les acteurs de santé désireux de disposer au plus près des territoires d'interlocuteurs souvent plus accessibles que les services régionaux de l'agence. Les délégations départementales des ARS sont en effet les interlocuteurs directs des différentes administrations départementales et des acteurs locaux.

5 Article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale.
6 Articles R. 1434-13 et 14 du code de la santé publique.

La création, en 2015, de nouvelles régions beaucoup plus vastes a renforcé la nécessité de déléguer plus de responsabilités aux délégations départementales dont l'importance de l'action conduit à davantage intégrer les directeurs départementaux dans les instances de direction régionale. Le renforcement de cet échelon d'animation territoriale s'est aussi concrétisé par la reconnaissance de postes fonctionnels à l'appui de cette fonction de directeur de délégation départementale.

Une autonomie relative

Si les agences régionales de santé sont des établissements publics jouissant sur le plan juridique d'une certaine autonomie, leurs missions sont définies par la loi. Si elles déterminent des actions spécifiques au regard des particularités de la région et des territoires, elles sont chargées de mettre en œuvre les objectifs de la politique nationale de santé, les principes de l'action sociale et médico-sociale et les principes fondamentaux de la sécurité sociale en matière de prise en charge des frais de santé.

C'est ainsi que, par exemple, la loi donne explicitement aux ARS la mission de contribuer « *au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie* ».

Si les ARS disposent de marges de manœuvre pour apprécier des situations locales, il est vrai que la perception politique et l'impact médiatique de certaines décisions ont conduit à des remises en cause venant du ministère ou parfois même venant d'un niveau plus élevé dans la hiérarchie institutionnelle[7].

Si les agences ont permis d'unifier le pilotage de la politique de santé au niveau régional, la question d'un pilotage national unifié s'est aussi trouvée posée. Dans son rapport, Philippe Ritter écrivait : « *Tous les acteurs, au niveau central comme sur le terrain considèrent que la création d'un pilotage unifié au niveau régional rend nécessaire une unification du pilotage central, sans qu'il soit pour autant nécessaire de créer une organisation complexe et lourde* ». Le rapport de la mission d'information de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé conduite par le député Yves Bur, avant le dépôt du projet de loi HPST, allait plus loin : « *il parait indispensable d'unifier complètement le pilotage national du système de santé, avec une véritable Agence nationale de santé* ». Le choix qui a été fait a été de créer un conseil national de pilotage des agences régionales de santé réunissant les représentants des directions centrales du ministère ainsi que des représentants des organismes nationaux de l'assurance maladie. Ce conseil national a pour mission de donner aux ARS « *les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire* », sous la forme « d'instructions » qui ont remplacées sur de nombreux sujets les anciennes « circulaires ministérielles ».

Pour autant le décloisonnement, qui reste certainement encore à parfaire au niveau régional, a encore plus de chemin à parcourir pour garantir une meilleure fluidité entre les directions d'administration centrale du ministère ou entre l'État et l'assurance maladie lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre certaines actions organisées ou négociées nationalement[8].

7 Voir article du Figaro du 18 septembre 2018 : « Le président de la FFF a convaincu Emmanuel Macron de sauver la maternité de Guingamp ».

8 Par exemple le financement de la téléconsultation négociée par l'assurance maladie dans un cadre conventionnel qui ne s'applique pas bien aux établissements de santé.

La réforme territoriale voulue par la loi HPST aura vraiment abouti lorsque les directions centrales du ministère auront davantage évolué dans leur culture, leur organisation et leur fonctionnement encore très marqués par une démarche « top down » avec des services déconcentrés, même si l'intégration des directeurs d'ARS et de leurs équipes à la conception des politiques et la présence d'un directeur général d'une agence au sein du conseil national de pilotage ont déjà modifié l'approche nationale en comparaison de la situation de 2010.

II – LE RENFORCEMENT DE L'ANCRAGE RÉGIONAL

L'article L. 1431-2 du code de la santé publique confie aux agences régionales de santé des compétences qui couvrent l'ensemble du champ sanitaire et médico-social ainsi que la prévention, la veille et la sécurité sanitaire « *en tenant compte des spécificités de chaque région* ».

Une identification des particularités régionales

Si les différentes instances dont nous avons rappelé le rôle dans le mode d'organisation précédent élaboraient des documents qui définissaient des orientations régionales, ceux-ci ne partaient pas d'une analyse globale de la situation sanitaire de la région. Ils étaient essentiellement limités à une appréciation quantitative des besoins. C'est ainsi que, par exemple, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) visait « *à susciter les adaptations et les complémentarités de l›offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé* ». Il devait certes tenir « *compte de l›articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social* »[9]. Mais les différents schémas régionaux ne s'articulaient pas nécessairement entre eux compte tenu de l'éclatement de leur mise en œuvre, comme nous l'avons déjà souligné. Leur élaboration confirmait le cloisonnement des différentes démarches.

Avec la création des ARS, la loi HPST mettait en place la définition d'une véritable politique régionale de santé à travers le projet régional de santé que chaque agence a commencé à préparer quasiment dès sa création en 2010. S'il devait prendre en compte les orientations nationales de la politique de santé, ce projet régional permettait d'identifier les particularités régionales concernant l'état de santé de la population ou l'offre de soins.

C'est à partir d'un diagnostic, réalisé par chaque région, qu'ont été élaborés des plans stratégiques précisant les grandes priorités régionales.

C'est ainsi qu'en Île-de-France, si nous avions des indicateurs sanitaires globalement favorables, nous avions mis en évidence de fortes inégalités infrarégionales socio-économiques et de santé. Ces indicateurs étaient pour beaucoup d'entre eux appréciés au niveau départemental, mais les travaux conduits en lien avec l'observatoire régional de santé et l'analyse réalisée en interne par les équipes de la direction de la stratégie permettaient, pour certains critères, d'avoir une appréciation plus fine au niveau des territoires infra départementaux voire au niveau de communes ou d'in-

9 Ancien article L. 6121-1du code de la santé publique, abrogé au 1er juillet 2010.

tercommunalités. Ce diagnostic nous aura été utile ensuite pour cibler les politiques de santé publique en fonction de la prévalence des pathologies observées et pour prioriser certaines actions auprès des populations dont l'état de santé était le plus fragile. L'objectif de réduction des inégalités de santé dans la région pouvait ainsi être affirmé après s'être nourri de ce diagnostic global qui était jusqu'alors inexistant.

L'analyse de l'offre de santé ne se limitait pas seulement aux soins mais mettait en évidence l'insuffisante cohérence des actions de prévention et de promotion de la santé conduite jusqu'alors ainsi que, par exemple, la distorsion importante de subventions accordées aux différents départements sans justification liée aux différences d'état de santé. Concernant l'offre de soins, c'est là aussi une appréciation globale de l'offre ambulatoire, hospitalière et médico-sociale qui était identifiée permettant de mettre en évidence les disparités territoriales particulièrement en offre de soins de premier recours.

Le premier plan stratégique était complété par trois schémas opérationnels : la prévention (avec le schéma régional de prévention), les soins hospitalier et ambulatoire (avec le schéma régional d'offre de soins), le médico-social (avec le schéma régional d'offre médico-sociale). Si ces documents reprenaient un cloisonnement critiqué précédemment, c'est essentiellement dans l'organisation interne de chaque agence que l'appréhension de ces différents champs a pu trouver sa cohérence. Si chaque agence a pu organiser ses services en toute autonomie, le fait de pouvoir appréhender les différents sujets au sein d'équipes organisées de manière transversale et se côtoyant régulièrement a permis d'assurer une meilleure fluidité entre les différents modes de prise en charge des soins. En même temps qu'étaient publiés les travaux du HCAAM[10], cette organisation aura grandement permis de promouvoir l'organisation de « parcours de santé (ou de soins) ».

Même si le travail plus transversal au sein des équipes réduisait les effets néfastes d'un cloisonnement des démarches, la présentation de trois schémas régionaux distincts maintenait un risque d'isolement de chaque secteur d'intervention. La loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 a modifié la présentation du projet régional de santé en dissociant un cadre d'orientation stratégique dont l'objet est de « *déterminer des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans* » et un schéma régional de santé établi pour cinq ans déterminant « *pour l›ensemble de l›offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d›accompagnement médico-social, des prévisions d›évolution et des objectifs opérationnels* ».

Ainsi les ARS disposent-elles aujourd'hui de deux documents qui leur permettent de s'inscrire dans une démarche de plus long terme tout en identifiant les actions à mettre en œuvre pour réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé, améliorer l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, renforcer la coordination, la qualité, la sécurité, la continuité et la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que l'organisation des parcours de santé[11].

---

10 Voir l'avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie adopté à l'unanimité le 22 avril 2010 « Vieillissement, longévité et assurance maladie – Constats et orientations ». « *Il faut une approche globale de l'offre des secteurs sanitaire et médico-social, qui permette de faire face aux considérables disparités d'équipement sur le territoire.* » « *…le grand âge met en évidence, comme le ferait un instrument d'optique grossissant, un point de fragilité fondamental de l'organisation des soins : son insuffisante transversalité autour de chaque personne malade.* »

11 Voir article L. 1434-2 du code de la santé publique.

Une meilleure prise en compte des spécificités territoriales

Avec la création des ARS, la notion de territoire de santé a pris une dimension elle aussi plus globale. Jusqu'alors périmètre au sein duquel étaient définis « les objectifs quantifiés de l'offre de soins » concernant l'offre hospitalière annexée au SROS, la notion de territoire n'était pas retenue concernant l'offre médico-sociale ni, à plus forte raison, l'offre ambulatoire ou pour organiser la réponse aux besoins de santé publique.

Ces territoires de santé vont devenir des lieux d'expression de la démocratie sanitaire avec la création dans chaque territoire de santé d'une conférence de territoire, devenue après la loi de 2016, conseil territorial de santé, composée d'élus, de représentants des usagers et des représentants des différentes catégories d'acteurs de santé. Ces conseils territoriaux de santé appelées à se prononcer sur le contenu du PRS et à assurer la cohérence entre les préoccupations locales et les orientations régionales jouent un rôle important dans le suivi des enjeux locaux pour peu que les agences prennent réellement la peine de les informer des projets ou de les associer aux décisions qu'un directeur général est parfois obligé de prendre concernant notamment l'offre de soins – sujet toujours très sensible – et à condition aussi que les différents représentants et notamment des élus participent réellement aux travaux auxquels ils sont conviés.

L'implication des élus locaux et, d'une manière générale, des collectivités territoriales, a été de plus très importante à travers la signature avec l'agence régionale et la mise en œuvre de contrats locaux de santé. Ces contrats signés avec des communes ou des groupements de communes portent sur « *la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l›accompagnement médico-social*. »

Ces territoires de santé ont, jusqu'en 2016, délimité à la fois le périmètre de démocratie sanitaire et le périmètre dans lequel s'organisait l'offre de soins et médico-sociale. La loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016[12] a dissocié deux modes d'organisation territoriale : le territoire de démocratie sanitaire d'une part et les zones donnant lieu à la répartition des activités et des équipements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Si une part de l'offre doit être organisée au sein du territoire de démocratie sanitaire, notamment lorsqu'il s'agit de l'offre de premier recours, la répartition de certains équipements ou de certaines activités de soins doit être appréciée parfois à un niveau plus large, l'essentiel étant d'assurer à l'ensemble de la population de bonnes conditions d'accès à ces activités.

La loi de 2016 a conforté la démarche territoriale en prévoyant que dans chaque territoire devait être établi un « *diagnostic territorial partagé* » ayant pour objet « *d'identifier les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population concernée en s›appuyant sur des données d›observation* » et d'identifier « *les insuffisances en termes d›offre, d›accessibilité, de coordination et de continuité des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux* » et s'appuyant notamment sur les projets des équipes de soins primaires[13] et des communautés professionnelles territoriales de santé[14].

12 Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2018 de modernisation de notre système de santé.
13 Les équipes de soins primaires sont définies à l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique.
14 Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont définies à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique.

La loi de juillet 2019[15] a encore renforcé cette démarche en élargissant les documents appelés à contribuer au diagnostic territorial et prévoyant que celui-ci s'appuie aussi sur les projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoires (GHT) et prenne en compte les projets médicaux des établissements de santé privés et les projets d'établissement des établissements et services médico-sociaux. Ce diagnostic territorial devant donner lieu à l'établissement de projets territoriaux de santé[16].

Un renforcement de la démocratie sanitaire

Avec la création des ARS, nous sommes passés d'une organisation administrative des services de l'État à un établissement public doté d'une instance de gouvernance. Par ailleurs, la concertation avec les différents acteurs du système de santé a été renforcée.

Les ARS sont dotées d'un conseil de surveillance, présidé par le préfet de région, et composé de représentants de l'État, des organismes d'assurance maladie, d'élus locaux et de représentants d'usagers. Ce conseil de surveillance approuve le budget de l'agence, émet un avis sur le projet régional de santé, sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens que l'agence signe avec le ministère.

Avec les conseils territoriaux de santé que nous avons déjà évoqués, c'est surtout la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) qui assure un contrôle permanent sur les choix politiques que fait l'agence. Sa fonction est certes uniquement consultative. Cependant, composée de représentants de collectivités territoriales, d'usagers des conseils territoriaux de santé, des organisations représentatives des salariés et des professions indépendantes, des organisations professionnelles d'employeurs représentatives au niveau national et interprofessionnel, des professionnels du système de santé, des organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux ainsi que des organismes de protection sociale, la CRSA est en position d'interpeller quasiment en permanence le directeur général de l'agence pour peu que ses responsables s'investissent réellement dans les dossiers qui font l'actualité de la région.

Une procédure de concertation avec les élus

Certaines décisions prises par des directeurs généraux d'agence concernant l'organisation de l'offre de soins hospitaliers et conduisant notamment à la fermeture de maternités, sujet toujours très sensible, ont conduit des élus à contester le rôle des agences, voire même à en demander la suppression et le retour à une organisation de l'offre de soins placée sous la responsabilité des préfets[17]. Lorsqu'un service hospitalier n'assure plus la sécurité de la prise en charge de patients ou de parturientes par absence ou insuffisance de médecins, le fait que la responsabilité de trouver une solution soit transférée au représentant de l'État dans la région ou le département n'aurait

15 Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation de notre système de santé.
16 Article L. 1434-10 du code de la santé publique.
17 Voir article de Libération du 9 avril 2019 : « Les Agences régionales de santé menacées ? ».

sans doute pas changé grand-chose. La perspective d'un retour à une organisation ancienne du pilotage régional du système de santé a heureusement été écartée.

L'expérience montre d'ailleurs qu'un travail très en amont des décisions, effectué par le directeur général de l'agence lui-même avec les élus, a permis l'évolution des structures dans la compréhension de la nécessaire qualité et sécurité des soins (Privas, Die ou Clermont de l'Oise). Des contre-exemples malheureux de l'intervention de l'échelon national (Guingamp ou Creil) renforcent l'importance de l'autonomie de l'échelon régional dans ses liens avec les élus.

Comme nous l'avons déjà souligné, les instances de dialogue et de concertation avec les différents acteurs concernés sont, au sein d'une ARS, déjà particulièrement nombreuses (conseil de surveillance, CRSA et ses commissions internes, conseils territoriaux de santé) comparativement à ce qui existe dans la mise en œuvre de beaucoup d'autres politiques publiques. Pour renforcer encore le dialogue démocratique sur les questions de santé, la loi de juillet 2019 a prévu une procédure de concertation dans chaque département avec les élus concernés « sur l'organisation territoriale des soins »[18]. Au moins une fois par an, et de manière plus fréquente éventuellement à la demande des élus, cette concertation leur permet d'interpeller le directeur général de l'agence ou le directeur de la délégation départementale.

III – DE NOUVEAUX OUTILS MIEUX ADAPTÉS AUX ENJEUX

Un recueil de signaux et alertes centralisé

La responsabilité donnée dès l'origine aux directeurs généraux d'agences d'informer « *sans délai le représentant de l'État territorialement compétent ainsi que les élus territoriaux concernés de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public* »[19] a conduit les ARS à se doter rapidement d'une procédure structurée de recueil des signaux et alertes avec la création d'une plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaire.

L'obligation pour les divers acteurs de santé de déclarer tous les évènements indésirables graves, mais aussi l'identification de tout incident susceptible d'avoir sur la population des effets néfastes pour la santé ou révélant un sujet mettant en évidence un problème sanitaire, ont été facilitées, grâce à la mise en place dans chaque agence d'une plateforme unique réceptionnant et analysant tous ces signalements en lien avec les cellules inter-régionales d'épidémiologie (CIRE), chargées de l'investigation et de l'évaluation des signaux et avec les cellules de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) chargées de coordonner les mesures de gestion de crise mises en œuvre ; ces actions étant assurées en lien avec Santé publique France pour l'analyse et avec le CORRUSS pour l'appui technique.

18 Article L. 1434-15 du code de la santé publique.
19 Article L. 1435-1 du code de la santé publique.

Un financement plus global des différentes actions

Il est rapidement apparu, lorsque les ARS ont commencé à avoir une appréhension plus globale des politiques à mettre en œuvre au niveau régional, que les mécanismes de financement dont elles disposaient étaient aussi éclatés que l'étaient les services qui avaient fonctionné avant leur création. Elles disposaient de crédits fléchés répondant à des objectifs précis : un fonds pour financer la permanence des soins, un autre pour financer la coordination, un fonds pour accompagner les restructurations hospitalières, un fonds pour les actions de prévention et de santé publique, etc…

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a créé le fonds d'intervention régional (FIR) regroupant dans un premier temps tous ces fonds épars auxquels ont été ajoutés dès 2013 les crédits des actions contractualisées contenues dans les financements des MIGAC[20] pour les établissements de santé.

Il s'agit là d'une avancée significative dans la déconcentration, permettant d'adapter des politiques de santé en région et de soutenir l'innovation. Cet outil est réellement à la main des directeurs généraux d'agence, tout en respectant les thèmes éligibles définis au niveau national. Il permet de mettre en œuvre de façon plus fine les actions (exemple de la PDSA ou des contrats locaux de santé).

Chaque année, la circulaire budgétaire élargit le périmètre des actions susceptibles d'être financées par ce fonds[21], lui assignant ainsi des dépenses nouvelles non financées par ailleurs. Cette « bouffée d'air frais » est malheureusement trop souvent reniée par les directions du ministère car elle leur échappe totalement. En témoigne le faible montant de l'évolution du fonds (1 % en 2020) comparé à l'évolution de l'objectif national des dépenses de santé (+2,5 %)[22] contraignant de nombreux directeurs d'ARS à limiter voire revenir sur des actions régionales.

De nouveaux outils de contractualisation avec les acteurs de santé

D'une manière générale, la mise en œuvre des politiques de santé passe par de la contractualisation plus ou moins forte entre les acteurs et les pouvoirs publics. Que ce soit entre les acteurs de premiers recours qui conventionnent avec l'assurance maladie, les établissements de santé ou médico-sociaux qui signent des conventions d'objectifs et de moyens avec les ARS, ces conventions ou contrats définissent les obligations respectives des parties et assurent notamment les financements des actions conduites.

La mise en évidence des spécificités territoriales concernant l'état de santé de la population ou l'offre de soins nécessite que l'engagement des acteurs s'adapte à ces spécificités et que les ARS puissent ajuster les réponses. Une convention médicale nationale définit les grandes orientations pour l'ensemble du pays mais ne peut répondre aux particularités liées aux difficultés particulières d'installations profes-

20 Missions d'intérêt général et d'actions contractualisées financées pour les établissements de santé.

21 Le cadre général des actions financées par le FIR est défini à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

22 La première année, en 2012, le montant du FIR était de 1,5 Mds€. En 2013, en y introduisant les crédits des AC, il est passé à 3,3 Mds€. Pour 2020, la loi de financement de la sécurité sociale l'a fixé à 3,5 Mds€ soit une augmentation en 8 ans d'un peu plus de 6 % alors que dans la même période l'ONDAM augmentait de 17 %.

sionnelles ou à des modalités d'exercice différents dans un territoire urbain très dense et dans une zone rurale où la population est disséminée.

Le cadre législatif et conventionnel a progressivement évolué, depuis 2010, pour permettre que des mesures concernant par exemple l'aide à l'installation des professionnels ou le soutien à des projets portés par les acteurs eux-mêmes se mettent en œuvre dans le cadre d'une contractualisation avec les ARS. De la création de plateformes territoriales d'appui aux parcours de soins complexes à la mise en place plus récente de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les agences ont aujourd'hui la possibilité juridique de reconnaitre et de valider des projets portés par les acteurs et remontant du terrain. Ils n'ont pas toujours pour autant la possibilité d'en assurer le financement à hauteur des besoins, lorsque les sommes allouées doivent reposer sur le fonds d'intervention régional dont nous avons déjà souligné combien il restait limité au regard des missions qui lui sont imposées par les directives nationales.

CONCLUSION

Dix ans après leur création, les agences régionales de santé répondent bien aux objectifs que le législateur leur avait assigné. Elles ont certainement encore à approfondir leurs missions et leurs organisations pour mieux répondre à un besoin d'adaptation des réponses sanitaires et d'offre de soins aux réalités différentes selon les territoires et ainsi réduire les inégalités d'état de santé et d'offre de soins. L'élargissement de leur périmètre géographique représente un défi qui n'est pas encore totalement abouti, mais le système très intégré des ARS entre siège et territoire est adapté. Les difficultés de gouvernance entre les échelons régionaux et départementaux que rencontrent les services de l'État pour une mise en œuvre efficiente des politiques dont ils sont dépositaires, montre à quel point le « modèle » ARS est pertinent.

Si le renforcement du pilotage de notre système de santé au niveau régional est bien avancé, il n'a, en revanche, pas été suffisamment été pris en compte au niveau central que ce soit au sein du ministère ou dans les relations entre l'État et l'assurance maladie. C'est à ce niveau-là que la réforme reste à poursuivre. Il ne faut donc pas freiner cette évolution d'une administration moderne mais aller résolument plus fortement et plus vite dans l'accomplissement optimal du modèle de déconcentration que les ARS incarnent.

Territoires et innovations dans les services de santé, une illustration à partir des expérimentations de l'article 51

Par **Frédéric Bousquet**, chargé de mission auprès du directeur de la stratégie, des études et des statistiques à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Frédéric Bousquet est actuellement chargé de mission auprès du directeur de la stratégie, des études et des statistiques à la Caisse nationale de l'Assurance maladie. Diplômé de l'université Paris IX Dauphine en mathématiques appliquées aux sciences économiques et en économie de la santé, il a débuté sa carrière dans le conseil puis à l'Union hospitalière privée (UHP) en tant que responsable du pôle économie et régulation. Il a ensuite rejoint le secteur public, d'abord à la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (Drees) puis à la HAS où il a créé et dirigé le service des indicateurs de performance pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité (IPAQS). Il est ensuite entré à la Cnam, dans un premier temps, en tant que responsable du département Veille et Stratégie. Dans ses fonctions actuelles, il pilote conjointement avec la Drees, la mise en œuvre de l'évaluation des expérimentations de l'article 51.

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé ; elles reposent sur des modes de financement inédits, la loi ouvrant la possibilité de déroger à un certain nombre de dispositions. Ces organisations doivent contribuer à améliorer le parcours des patients, l'efficience du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé.

L'originalité du dispositif tient au fait que l'initiative du projet expérimental échoit, principalement, aux acteurs non institutionnels (professionnels de santé, associations de patients, industriels, start-up). Ainsi que l'a souligné la ministre des Solidarités et de la Santé lors du lancement du dispositif, aujourd'hui communément appelé « article 51 », celui-ci doit « *permettre d'amorcer une démarche de transformation, en faisant « sauter les verrous » pour que la coordination des parcours de santé et les coopérations interprofessionnelles puissent devenir une réalité au quotidien dans les territoires.* »

À la fin de l'année 2019, une quarantaine de projets expérimentaux étaient autorisés et une dizaine avait commencé à inclure des patients, les autres travaillant à la mise en œuvre opérationnelle du dispositif de prise en charge.

Quelles sont les innovations portées par l'article 51 ? Comment ces projets s'insèrent-ils dans leurs territoires ? À quelles problématiques territoriales tentent-ils de répondre ? Peut-on d'ailleurs parler d'emblée et systématiquement de logique territoriale quand de nombreux projets sont souvent à un stade de mise en œuvre local ? Et à cet égard, quels sont les enjeux soulevés par la perspective de leur généralisation ?

I – L'ARTICLE 51, UN DISPOSITIF DE SOUTIEN À L'INNOVATION DANS L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ

I.1/ La nécessité de structurer un système de soutien à l'innovation en santé

En 2016, un avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)[1] s'intéresse à la question de l'innovation en santé. Le HCAAM y propose plusieurs pistes d'action avec, en particulier, la conception d'un « *cadre favorable à l'émergence d'initiatives innovantes* » pour soutenir les innovateurs afin « *d'encourager, sélectionner, évaluer et généraliser les initiatives prometteuses* ». La logique de cette proposition est de dépasser le cadre d'expérimentation classique dans une logique de déploiement ou de diffusion à grande échelle. Le HCAAM recommande aussi de formaliser ce dispositif de manière à « *anticiper les transformations organisationnelles liées à l'introduction de nouvelles technologies et d'en suivre la mise en œuvre.* »

Plusieurs dimensions sont plus particulièrement mises en avant dont la création « *de cadres juridiques et financiers dérogeant de façon durable au droit commun pour y faire émerger des solutions adaptées à leurs enjeux spécifiques* ». Le HCAAM insiste en outre sur la nécessité d'accompagner les projets et leurs porteurs, dans une logique de prototypage. Enfin, l'instance juge indispensable de procéder à une évaluation, aux modalités adaptées aux différents types d'innovation.

Prolongeant les réflexions du HCAAM, l'Assurance maladie (Cnam), en 2018[2], soulignait la nécessité de faire évoluer l'organisation des soins et les modalités de prise en charge pour répondre aux enjeux bien connus du système de santé (vieillissement, poids des pathologies chroniques, progrès technologique, en particulier du numérique, contrainte économique…). Le rapport suggérait ainsi de créer un fonds national de soutien à la diffusion de l'innovation organisationnelle en santé, de définir un cadre juridique générique pour les innovations organisationnelles, de mettre en place un dispositif d'appui aux innovations organisationnelles et d'en prévoir l'évaluation. De son côté, le ministère des Solidarités et de la Santé intégrait dans sa « Stratégie de transformation du système de santé » un projet d'expérimentations proposant de tester sur quelques territoires des modèles d'organisation totalement nouveaux, organisant la prise en charge de la santé de toute une population et transcendant les clivages actuels ville/hôpital.

I.2/ les grands principes de fonctionnement de l'article 51

L'article 51 de la LFSS 2018 a donné corps à ces propositions en créant un dispositif constitué :

- d'un cadre juridique pérenne permettant de soutenir des initiatives portées par les acteurs de terrain et autorisant des dérogations à de nombreuses règles de

1 Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *Innovations et système de santé 13/7/2016* ; https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2016/AVIS/AVIS_DU_HCAAM_SUR_LES_INNOVATIONS_ET_SYSTEME_DE_SANTE.pdf

2 Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – propositions de l'Assurance maladie pour 2018.

tarification, de facturation, d'organisation des acteurs de santé ou de remboursement des soins pour les patients ;

- et d'un fonds dédié permettant de financer ces expérimentations, à savoir la prise en charge des patients ou assurés, l'organisation qui en découle et leur évaluation.

De nombreux acteurs ont la possibilité de proposer des projets expérimentaux, dont la durée maximale est de cinq ans. Les professionnels et établissements de santé, sociaux et médico-sociaux ainsi que les patients, notamment au travers des associations d'usagers, sont plus particulièrement concernés, mais il peut aussi s'agir de fédérations et syndicats, d'organismes complémentaires ou collectivités territoriales. Le champ d'application territorial des projets d'expérimentation peut être local, régional, inter-régional ou national. Plusieurs expérimentations ont également vu le jour sous l'impulsion du ministère et de la Cnam[3].

Dans tous les cas, le projet est sélectionné sur avis d'un comité technique de l'innovation en santé (CTIS) composé des directions centrales du ministère, d'un représentant des agences régionales de santé (ARS) et de l'Assurance maladie. Les projets d'expérimentation sont sélectionnés notamment sur leur caractère innovant, efficient et reproductible. L'amélioration du service rendu à la population, l'équilibre du schéma de financement, l'impact sur les organisations, la pertinence des modalités d'évaluation proposées et la faisabilité opérationnelle sont également pris en compte. Les projets ne sont recevables que si la mise en œuvre de l'expérimentation nécessite au moins une des dérogations aux règles de financement ou d'organisation mentionnées dans la loi.

Grâce à l'article 51 s'est structuré un environnement dédié à l'accompagnement des projets, depuis leur émergence jusqu'à leur généralisation, embryon d'un véritable système de soutien à l'innovation. Il repose sur :

- l'appui, par les réseaux des ARS et de l'Assurance Maladie, aux porteurs de projets, depuis l'incubation jusqu'à la mise en œuvre concrète en passant par des phases de maturation et d'accélération ;
- « l'accélérateur 51 », structure d'incubation des innovations jusqu'ici implantée à Paris mais dont des déclinaisons régionales sont en cours de test dans quatre régions ;
- l'évaluation systématique des expérimentations, portée par une cellule dédiée, copilotée par la Cnam et la Drees, ;
- la gestion des financements et en particulier des prestations dérogatoires, qui reposent sur une plateforme informationnelle *ad hoc* (également utile à l'évaluation) et l'identification d'une caisse pivot.

3 Elles ne font pas l'objet de cet article qui se concentre les projets qui remontent du terrain. En plus des expérimentations remontant du terrain, l'article 51 inclut aussi des dispositifs expérimentaux pilotés par l'État et l'Assurance maladie. Trois modèles innovants de rémunération d'équipe sont expérimentés dans le cadre d'une co-construction avec les acteurs : le financement à l'épisode de soins (EDS), l'intéressement collectif à une prise en charge partagée (IPEP) et le paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS).

II– DE QUEL TYPE D'INNOVATION PARLE-T-ON DANS L'ARTICLE 51 ?

Le caractère innovant d'un projet constitue l'un des facteurs d'éligibilité à l'article 51. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, ce n'est pas le critère le plus simple à évaluer : la nouveauté n'est pas suffisante pour constituer une innovation.

II.1/ Une définition de l'innovation dans l'organisation des services de santé

Il existe de nombreuses définitions de l'innovation et, de prime abord, il ne paraît pas aisé d'identifier un cadre méthodologique qui permettrait de guider les choix sur des projets plutôt que sur d'autres. En outre, le terme est souvent utilisé pour désigner indifféremment des concepts proches, mais distincts, de l'innovation à proprement parler.

Une définition simple de l'innovation et de ses concepts associés

Ainsi, dans un rapport du Conseil d'analyse économique[4] portant sur l'innovation dans les territoires, Thomas Durant souligne que le concept d'innovation est devenu imprécis car utilisé dans des acceptions trop larges et trop variées. Il faut ainsi distinguer l'innovation, d'une part, de la découverte et, d'autre part, de l'invention. La découverte se distingue de l'invention par le fait que pour qu'il y ait découverte, « *il faut que le phénomène, l'objet, la matière ou l'espèce préexistent à son découvreur* ». À l'inverse, dans le cas de l'invention, « *c'est l'activité humaine de création* » qui a permis de façonner un objet nouveau. L'électricité a été découverte, l'ampoule a été inventée. L'invention ne conduit pas pour autant systématiquement à l'innovation : « *l'invention relève de l'idée, l'innovation nécessite sa réalisation concrète au service d'utilisateurs et de clients* ».

T. Durant propose ainsi une définition simple de l'innovation comme étant « *la réalisation de la nouveauté* », soulignant que l'innovation « *relève d'une mise en œuvre concrète* » et doit être « *assimilée au changement réalisé* ». Ainsi, l'innovation recouvre aussi bien « *le processus de changement que le résultat qui en a découlé* ». Comme on le verra plus loin (cf. § IV), cette définition permet aisément de comprendre pourquoi la question de l'émergence de l'innovation est indissociable de celle de sa diffusion.

Partant de là, T. Durant distingue également les concepts de technique et de technologie. Le premier fait référence à des savoir-faire empiriques qui relèvent, au sens large du terme, de formes « *d'artisanat*[5] ». Son enseignement relevant du compagnonnage, « *la technique est difficile à transférer, à généraliser et à recombiner, sauf à accepter le coût et le temps d'expérimentations fastidieuses* ». La technologie enrichit la technique en ce sens qu'elle « *marie le savoir-faire empirique de la technique avec la connaissance scientifique* » ; elle explique comment la technique fonctionne. Elle peut dès lors être enseignée et transférée et il est en partie possible d'anticiper les conditions et contextes dans lesquels elle pourra fonctionner ou non.

4 Thomas Durant – « Par-delà la R&D et la technologie vers d'autres formes d'innovation » in Créativité et innovation dans les territoires – rapport du groupe de travail présidé par Michel Godet – partie (C) compléments –Chapitre Conseil d'analyse économique (mai 2010).

5 « les techniques sont des tours de main, des recettes et méthodes, des savoirs pratiques pour construire un objet, pour procéder à une opération de fabrication ou conduire une prestation de service ».

L'innovation dans le domaine de la santé

Disposer d'une définition claire et opérationnelle de l'innovation dans le domaine de la santé ne relève pas seulement d'une exigence intellectuelle à visée théorique. Faute de consensus, la confusion autour de différentes formes de développement et de transformation des technologies, des organisations ou des services peut conduire à soutenir de manière inappropriée des interventions qui n'entraineront pas les bénéfices attendus[6].

Le concept d'innovation est largement importé du monde de l'industrie et des affaires. Les effets des innovations ont traditionnellement été mesurés en gains de productivité ou de qualité, eux-mêmes traduits en termes économiques. Dans le secteur de la santé, à l'inverse, l'innovation peut au contraire parfois générer des coûts supplémentaires ; ses bénéfices se traduisant dès lors sous d'autres formes.

Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé (OMS[7]) voit dans l'innovation un moyen d'améliorer les performances du système de santé dans ses différentes dimensions : efficacité, sécurité, qualité, efficience, soutenabilité financière. L'innovation répond à des besoins de santé non satisfaits de la population en créant de nouvelles manières de penser ou de travailler. Elle prend la forme d'améliorations ou de nouvelles politiques de santé, systèmes, produits et technologies, ainsi que de services qui améliorent la santé et la qualité de vie des populations. Pour l'OMS, l'innovation en santé doit d'abord servir les populations les plus vulnérables. L'innovation peut se développer dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé, du curatif, de la réadaptation ou de l'assistance.

À partir d'un travail de revue de la littérature, Omachonu et Einspruch[8] proposent une définition qui inclut également les professionnels de santé dans les destinataires de l'innovation. L'innovation en santé est ici définie par l'introduction de nouveaux concepts, idées, process ou des produits ayant pour but d'améliorer les traitements, les diagnostics, la formation, l'accessibilité, la prévention et la recherche ; à plus long terme, elle a pour objectif d'améliorer la qualité, la sécurité, les résultats, l'efficience et les coûts.

L'innovation dans les services de santé

Dans un rapport de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé[9], Ellen Nolte, rappelant que l'innovation, souvent considérée comme « la panacée pour résoudre des problèmes[10 11]», expose les principales caractéristiques de l'innovation dans les services et organisations de santé. Reprenant les travaux de Greenhalg et al. (2004)[12], elle définit l'innovation dans les services de santé comme la réunion de quatre facteurs : 1) un ensemble nouveau de comportements, d'habitudes, de pratiques et manières de travailler, 2) qui s'inscrit en discontinuité ou en rupture

6 Leighan Kimble, M. Rashad Massoud "What do we mean by innovation in healthcare EMJ Innov. 2017;1[1]:89-91.
7 World Health Organization. Innovation. 2016. : http://www.who.int/ topics/innovation/en/.
8 Vincent K. Omachonu, Norman G. Einspruch « Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework » ; The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal, Volume 15(1), 2010, Article 2.
9 Ellen Nolte « How do we ensure that innovation in health service delivery and organization is implemented, sustained and spread ? Policy Brief – European Observatory on Health Systems and Policies (2018).
10 Godin B Innovation : the history of a category. Working Paper N°1. Montréal : Project of Intellectual Histroy of Innovation; 2008.
11 Leighann Kimble, M. Rashad Massoud *cit. ibid.*
12 Greenhalgh *et al*. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. Milbank Q. 2004.

avec les pratiques précédentes, 3) qui vise à améliorer les résultats de santé, l'efficience administrative, le rapport coût-efficacité des soins ou l'expérience des patients et 4) qui est mis en œuvre de manière planifiée et coordonnée.

Cette définition est celle qui a été retenue pour la rédaction du guide méthodologique de l'évaluation des expérimentations de l'article 51[13]. Tout en reprenant les éléments clés des autres définitions, elle rappelle que la nouveauté peut se traduire dans la rupture avec les dispositifs précédents ou dans une forme de transformation incrémentale, mais qui présente suffisamment de différence avec la situation précédente pour se distinguer des simples évolutions progressives des organisations.

Les différents types d'innovations qui entrent dans le champ de cette définition couvrent une grande variété de dispositifs : les technologies du numérique, les nouvelles pratiques médicales (techniques de chirurgie peu invasives par exemple), la création de nouvelles fonctions, métiers ou nouveaux rôles (coordonnateurs, infirmières en pratique avancée, assistants médicaux…), le transfert d'activités de l'hôpital vers le secteur des soins primaires, la création de nouveaux services aux patients (case management) ou encore l'introduction de nouveaux modèles de prise en charge (systèmes intégrés de soins).

La Commission européenne a récemment lancé un projet de recherche[14] sur les facteurs qui permettent d'expliquer les succès ou les échecs de la diffusion des innovations. Dans ce cadre, un groupe de chercheurs a identifié dix domaines prioritaires dans lesquels des innovations sont en train d'émerger ou sont attendues[15], montrant au passage la convergence des problématiques des systèmes de santé européens.

Innovation technologique ou innovation organisationnelle ?

Le plus souvent, l'innovation en santé est assimilée aux découvertes ou inventions biomédicales et découle principalement de la recherche : médicaments, techniques d'imagerie, techniques opératoires, dispositifs médicaux, prothèses, robots etc. Toutefois, ces innovations ne se limitent pas au seul domaine technologique. Pour devenir des innovations à part entière, encore faut-il que ces découvertes ou inventions se développent et se déploient à l'échelle du système de santé. Ces évolutions peuvent requérir des transformations à de nombreux niveaux : formation des personnels à des nouvelles techniques ou fonctions, modification des organisations et des environnements de travail, nouvelles modalités de fixation des prix, nouveaux modes de rémunération ou encore de régulation.

L'innovation peut toutefois aussi porter directement sur les organisations : il s'agit alors de nouveaux services, de nouvelles manières de travailler… Dans le monde de l'entreprise, les innovations organisationnelles englobent les nouvelles pratiques

13 Voir https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lffs-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article/l-evaluation-des-projets.

14 The TO-REACH project (Transfer of Organisational innovations for Resilient, Effective, equitable, Accessible, sustainable and Comprehensive Health Services and Systems) – Draft Strategic Research Agenda, version May 2019.

15 Les services centrés sur la population, les modèles d'intégration des services, le développement et l'intégration des soins de long terme, la redéfinition du la place, du rôle et des foncions de l'hôpital, le renforcement de l'organisation des soins de premiers recours, l'évolution des ressources humaines, le développement des nouvelles technologies de l'information et des communications, la mesure et l'amélioration de la qualité, la gouvernance et le financement.

managériales, les nouvelles stratégies, procédures, politiques et structures organisationnelles. Le système de production Toyota, les pratiques de management de la qualité totale, la production en juste à temps etc. en sont des illustrations célèbres. Dans celui de la santé, on peut citer la chirurgie ambulatoire, les réseaux, les maisons de santé pluri-professionnelles, les délégations de tâches, les pratiques avancées… On parle aussi d'innovations sociales ou sociétales à propos du covoiturage ou de la location de maisons de vacances via des plateformes numériques. En fait, comme le montrent ces derniers exemples, l'innovation est le plus souvent mixte, liant un produit technologique à de nouvelles manières de consommer, nouant de nouvelles relations entre des acteurs liés dans un même système de production ou de gestion. Ainsi, l'innovation combine-t-elle en général à la fois un aspect technologique (produit et process) et organisationnel ou social[16].

II.2/ Quel positionnement de l'article 51 ?

Le décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé identifie un large champ d'expérimentations éligibles, s'articulant autour des cinq catégories suivantes :

- organisation et financement d'activités de soins, de prévention et d'accompagnement sanitaire, médico-social ou social, à destination d'individus ou de populations, de manière alternative ou complémentaire aux modalités en vigueur ;
- organisation et financement d'activités de soins, de prévention et d'accompagnement sanitaire, médico-social ou social, et financement de technologies ou de services non pris en charge par les modalités existantes ;
- prises en charge par l'assurance maladie des médicaments, des produits, prestations de services et d'adaptation associées dans les établissements de santé ;
- prescription des médicaments, des produits, des prestations de services et d'adaptation associées ;
- recours au dispositif de l'article L. 165-1-1[17] du code de la sécurité sociale pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.

Si les projets de l'article 51 englobent bien l'utilisation de produits de santé (médicaments ou dispositifs médicaux), ils ne se substituent pas aux programmes de recherche clinique, ni aux procédures d'accès précoce au marché et de remboursement de droit commun. Ainsi, il ne peut s'agir dans le cadre de l'article 51 de donner un tarif dérogatoire à un médicament ou à un dispositif médical. Les produits de santé

16 Thomas Durand *cit. ibid.*

17 Tout produit de santé mentionné aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique ou acte innovant susceptible de présenter un bénéfice clinique ou médico-économique peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale conditionnée à la réalisation d'une étude clinique ou médico-économique. Cette prise en charge relève de l'assurance maladie. Le caractère innovant est notamment apprécié par son degré de nouveauté, son niveau de diffusion et de caractérisation des risques pour le patient et sa capacité potentielle à répondre significativement à un besoin médical pertinent ou à réduire significativement les dépenses de santé. La prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la Haute Autorité de santé.

sont intégrés dans l'article 51 dès lors qu'ils disposent d'une AMM ou d'un marquage CE (prérequis indispensables) et qu'ils s'intègrent à un parcours coordonné de soins dans lequel ils tiennent un rôle central dans la modification des modalités de prise en charge.

III – LES PROJETS DE L'ARTICLE 51, COMMENT LES DÉCRIRE ?

L'article 51 ouvre un vaste champ de possibilités, laissant place à la créativité des acteurs. Si quelques projets sont pilotés au niveau national, l'originalité de l'article 51 est d'appeler les acteurs locaux à proposer des solutions aux problèmes qu'ils rencontrent quotidiennement. Depuis dix-huit mois environ, près de 150 projets régionaux et 90 projets nationaux ou inter-régionaux ont été instruits ou sont en cours d'instruction. Parmi eux, un peu moins de 50 ont d'ores et déjà été autorisés.

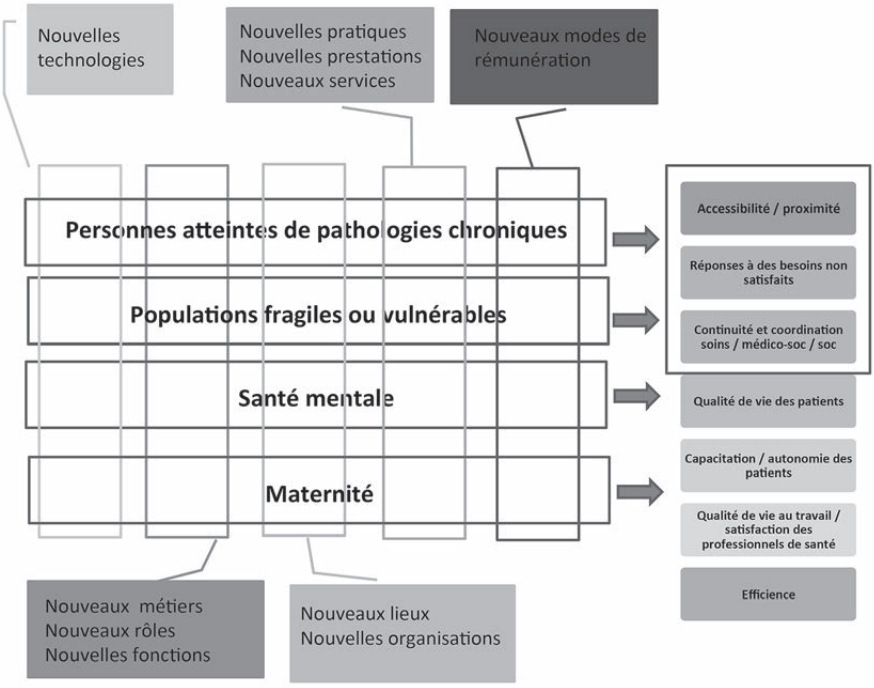
Le rapport au Parlement sur les expérimentations innovantes pour l'année 2019[18] indique que plus de 40 % des projets sont portés par des établissements de santé publics ou privés. Environ 20 % proviennent d'une association, le plus souvent de professionnels de santé ou du secteur médico-social. Les associations de patients ou d'usagers sont encore peu présentes, mais quelques projets semblent être en train d'émerger. Les autres projets émanent d'acteurs libéraux ou de sociétés privées (développeurs de solutions numériques notamment). Les établissements sociaux et médico-sociaux sont pour l'instant peu représentés parmi les porteurs. Une minorité (2 %) de projets sont conduits directement par les institutions sanitaires régionales/locales (ARS ou Cpam).

Le graphique suivant tente de modéliser les populations concernées par les projets, les innovations mobilisées et les objectifs poursuivis. La très grande majorité des projets qui remontent du terrain cible des populations présentant un problème spécifique de santé : celles atteintes de pathologies chroniques, les populations fragiles ou vulnérables, celles concernées par des problèmes de santé mentales, les femmes à travers la maternité. Les frontières entre ces quatre catégories sont évidemment poreuses. En plus des nouveaux modes de rémunération, quatre autres grands types d'innovations ressortent : des technologies, de nouvelles organisations ou lieux de travail, de nouveaux métiers, fonctions et répartitions de rôles entre les professionnels et, enfin, de nouvelles prestations ou services dispensés aux patients.

On observe la plupart du temps qu'un même projet cumule plusieurs types d'innovations. L'innovation de services appelle par exemple à définir de nouvelles fonctions pour certaines professions, voire créer de nouveaux métiers. L'innovation technologique, comme évoqué supra, peut conduire à modifier les organisations et les lieux de travail etc. Cette dimension soulève des questions méthodologiques complexes pour l'évaluation qui devra se prononcer sur la reproductibilité de ces dispositifs. Ces expérimentations « en vie réelle » cumulent en effet de nombreux éléments pouvant avoir une influence sur le succès du projet : multiplicité des innovations, imbrication des éléments de contextes avec les innovations organisationnelles, superposition des formes anciennes et nouvelles des organisations au sein d'un même dispositif…

18 Rapport au Parlement sur les expérimentations innovantes en santé, 2019 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_conseil_strategique_article_51_2019.pdf

On retrouve le plus fréquemment trois grands objectifs poursuivis par les projets. L'amélioration de l'accessibilité aux soins « réinvente » les formes de construction de la proximité : télé-expertise qui peut se faire sur le lieu de vie des patients, déplacement d'équipes mobiles, évolution des rôles et des fonctions des professions de santé les plus proches des patients, en particulier les infirmiers et les pharmaciens. La réduction des points de rupture dans les parcours de soins et de santé est également centrale dans les projets qui voient le jour. Une partie importante de ceux-ci propose des organisations visant à assurer la continuité et la cohérence des prises en charge entre l'hôpital et la ville, entre les hébergements ou les dispositifs d'intervention médico-sociaux à domicile et les professionnels de santé. La coopération entre l'action sociale et le soin est également présente dans certains projets. Enfin, la réponse à des besoins non satisfaits vise à renforcer la pertinence et l'efficacité des prises en charge. Dans l'article 51, elle passe par la création de nouveaux services ou nouvelles prestations, notamment en lien avec la prévention (développement de l'activité physique adaptée, de promotion de la santé) ou de soutien psychologique.



Les populations de l'article 51

Les pathologies chroniques concernées sont diverses. Le projet DIVA du CHU de Dijon vise, pour les personnes victimes d'un AVC ou d'un IDM, à renforcer et coordonner le parcours de soins entre la ville et l'hôpital sur une période de deux ans. En Corse, le projet AFM Téléthon a pour objectif de fluidifier le parcours des personnes atteintes de pathologies neuromusculaires ou neurodégénératives invalidantes. Deux projets concernent la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) dont un propose une prise en charge supplétive aux personnes qui souhaitent arrêter la

dialyse. Six projets proposent de nouvelles formes de prise en charge de l'obésité. Ils se répartissent entre les domaines de la chirurgie bariatrique, l'obésité adulte et l'obésité infantile. Le suivi des greffes hépatiques est représenté. Un projet parisien innove sur la création d'un centre de référence qui aura vocation à élaborer des plans de soins de personnes atteintes de pathologies ostéo-articulaires complexes. Un hôpital parisien met quant à lui en place une nouvelle structure de coordination, de télésurveillance et d'optimisation thérapeutique des patients insuffisants cardiaques sévères. Enfin, trois projets élaborent des parcours de soins coordonnés pour la prise en charge des plaies chroniques en Occitanie, en Corse et à la Réunion.

Les projets concernant les populations fragiles ou vulnérables sont également fréquents. Les problématiques concernant les personnes âgées sont souvent mises en avant. Quatre projets vont expérimenter des dispositifs de prévention et de prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes âgées en EHPAD. Une MSP teste l'organisation d'un suivi de proximité coordonné entre le médecin traitant et un infirmier de la MSP pour les personnes âgées ou en situation de handicap qui ne peuvent se déplacer au cabinet du médecin dans une zone sous-dense. Un autre met en place dans trois régions différentes un dispositif permettant de dépister et de prendre en charge la souffrance psychique des malades atteints d'Alzheimer ou de pathologies neurodégénératives et de leurs aidants. Deux projets proposent de mieux organiser et de renforcer considérablement les prises en charge somatiques et psychologiques des enfants concernés par une mesure de protection de l'enfance. Une expérimentation coordonnée entre cinq régions organise l'accompagnement par un médecin généraliste soutenu par un psychologue et un travailleur social de personnes en situation d'addiction. Les personnes migrantes sont aussi concernées par une expérimentation en Bretagne où un centre associatif de soins s'est spécialisé dans l'accueil de ces populations et organise, après la prise en charge précoce des soins urgents, le passage à une prise en charge par la médecine « de droit commun » (en particulier vers l'attache à un médecin traitant) en assurant l'ouverture des droits nécessaires et en accompagnant les personnes, dans leurs langues, dans l'insertion dans le système de soins français.

Quelques exemples d'innovations dans les projets de l'article 51

Les projets de l'article 51 mobilisent plusieurs types d'innovations technologiques : la télésanté est la plus courante avec des actes de télé-expertise ou des dispositifs de télésurveillance via des objets connectés ou le renseignement d'informations sur des plateformes numériques. La mobilisation d'algorithmes servant à l'alerte sur des situations anormales, au ciblage de populations à risque ou à l'éducation thérapeutique est également fréquente.

On retrouve ces technologies dans différentes expérimentations : suivi des femmes atteintes de diabète gestationnel, des personnes traitées avec des anti-vitamines K, des personnes souffrant d'insuffisance cardiaque… La télé-expertise se retrouve dans plusieurs expérimentations visant à développer la santé bucco-dentaire dans les EHPAD ou la prise en charge des plaies. En santé mentale, une expérimentation sur la prise en charge des personnes bipolaires s'appuie à la fois sur des algorithmes utilisant les données historiques de consommations de soins, du dossier médical et une application installée sur le smartphone des patients qui recueille des informations

sur leur activité au quotidien. Toutes ces données sont compilées pour mettre en place un suivi personnalisé dans le cadre d'un dispositif de case-management. Pour ce qui concerne le domaine du médico-social, dans l'expérimentation ADMR en Occitanie, les intervenants de services de soins à domicile sont formés à suivre et à recueillir, au moyen d'une application sur smartphone, les signes d'aggravation de la fragilité de personnes âgées à domicile.

Tous les projets de l'article 51 « inventent » des transformations des rôles et des fonctions des professionnels, notamment des infirmiers et des pharmaciens d'officine. Les infirmiers voient se confirmer des évolutions de leurs fonctions déjà connues : structuration du suivi des patients, rôle de coordination avec le médecin traitant comme avec d'autres professionnels de santé ou médico-sociaux, gains d'autonomie dans l'adaptation des soins. Par exemple, l'expérimentation « Équilibres [19]» cherche à renforcer l'autonomie des patients à domicile par une approche holistique et en équipe qui consiste dans le cadre d'un plan personnalisé de soins à moins se focaliser sur les actes techniques pour offrir au patient une aide plus globale y compris dans les gestes de la vie quotidienne. Le rôle des pharmaciens d'officine évolue aussi. Plusieurs projets structurent leur intervention dans la coordination des thérapies médicamenteuses entre la ville et l'hôpital. Ils jouent aussi un rôle d'intermédiaire de proximité. Ainsi, dans l'expérimentation « Depist'C pharma » dans les Pyrénées Orientales, le pharmacien prend une place centrale dans le dépistage du VHC auprès de populations à risques.

Les aides-soignants voient également leurs fonctions évoluer. Par exemple, dans des projets sur la santé bucco-dentaire en EHPAD, ce sont les personnels soignants des EHPAD qui réaliseront les actes de télésurveillance au moyen de l'application à laquelle ils seront formés. Ils auront aussi pour rôle de diffuser les bonnes pratiques en matière de prévention et des soins.

On voit enfin des métiers apparaître dans les parcours de soins coordonnées. Celui de coordonnateur est souvent assumé par des infirmiers, mais pas seulement. Les psychologues, les diététiciens ou les professionnels de l'activité physique adaptée sont aussi présents. Leurs activités entrent, de manière expérimentale, dans le panier de biens et services remboursés par l'assurance maladie.

Les lieux et les organisations changent aussi, ce qui se traduit en particulier par la création de structures ou de modalités de prise en charge ambulatoire pour des activités qui se déroulaient en grande partie à l'hôpital, limitant ainsi la couverture de la population et l'accès aux soins. Les projets de l'article 51 en montrent différentes formes. Dans l'expérimentation de dépistage et de traitement du VHC au sein des populations précaires pilotée par le CH de Perpignan, c'est une équipe mobile qui se déplace et qui prend en charge les patients sur place (dans des centres sociaux, en prison, dans la rue) pour mener en quelques heures un processus complet allant du diagnostic à la mise sous traitement. Plusieurs projets visent à monter des structures de réadaptation cardiaque en milieu ambulatoire. De son côté, CESOA est une expérimentation consistant à construire un centre expert exclusivement ambulatoire organisant la réalisation des diagnostics et des thérapeutiques adaptées aux pathologies ostéo-articulaires ; elle doit permettre un accès facilité, sans reste à charge, à une équipe spécialisée et pluridisciplinaire, en offrant une unité de lieu et de temps

19 Expérimentation inspirée du modèle Buurtzorg déployée auprès de plus de 10 000 infirmiers aux Pays-Bas qui est expérimenté dans plus d'une douzaine d'autres pays.

(une journée). Le projet d'expérimentation « Polyclinique mobile TokTokDoc » propose la mise en place d'un parcours de santé dédié notamment aux soins de spécialistes par le biais de la télémédecine et une équipe mobile dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les innovations en matière de mode de rémunération sont plus complexes à lire. Elles se présentent le plus souvent sous la forme de forfaits couvrant l'intervention de plusieurs professionnels dans le cadre d'un épisode de soins. Ces nouveaux financements peuvent constituer la totalité des revenus des professionnels expérimentateurs ou seulement une partie qui vient alors en complément des modalités de rémunération habituelles. Les nouveaux services ou nouvelles prestations facturés (intervention d'un psychologue, diététicien, coach sportif…) ne se font jamais séparément, mais s'intègrent au montant global du forfait qui peut intégrer des consultations médicales ou infirmières, des examens, l'utilisation d'un objet connecté (paiement d'une licence d'utilisation notamment). Tant que faire se peut, les montants horaires de ces interventions sont alignés entre les expérimentations, mais au final, le forfait (dans ses composantes et son montant) reste spécifique à chaque expérimentation. De plus, il s'inscrit surtout dans une logique de remboursement des coûts. En outre, on note souvent la difficulté du porteur de projet à gérer seul la redistribution du forfait entre les différents professionnels intervenant dans la prise en charge et demande à l'assurance maladie de procéder à ces versements selon des clés de répartition figées. Parfois, ces forfaits sont complétés par des éléments de paiement à la qualité ou de partage des économies réalisées. Cependant, la logique économique incitative des modes de rémunération est en général beaucoup moins bien perçue dans les projets qui remontent du terrain que dans les trois grandes expérimentations pilotées par le ministère et la Cnam (PEPS, IPEP et EDS). Pour les premiers, le caractère innovant des modes de rémunération se concrétise d'abord par la rémunération d'activités (au premier rang desquelles apparaît la coordination), jusque-là non prises en charge par l'assurance maladie.

IV – TERRITOIRES ET ARTICLE 51, QUELS ENJEUX ?

IV.1 / l'article 51 s'intègre dans un contexte territorial qui favorise progressivement l'action locale

En deux décennies, la réglementation a très largement fait évoluer les politiques territoriales de santé qui visent à adapter l'offre de soins aux besoins des populations.

Depuis la loi de 2003 qui a supprimé les secteurs sanitaires, les territoires de santé tentent de se structurer pour coller au plus près de la réalité du terrain. Si le territoire n'est plus envisagé comme « *un périmètre administratif d'application d'indices d'équipement, mais comme une zone d'organisation fonctionnelle* »[20], sa structuration s'est faite diversement d'une région à l'autre. On rencontre ainsi des découpages basés tantôt sur les départements, tantôt sur les flux hospitaliers, les pays, les EPCI[21], les bassins de vie ou les zones d'emploi.

20 M. Coldefy, V. Lucas Gabrielli, 2008.
21 Établissement public de coopération intercommunal.

Néanmoins, dans la continuité de la création des territoires de santé, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de juillet 2009 a permis, d'une part, de faire évoluer la territorialisation pour « *prendre en compte la répartition et les pratiques spatiales de la population dans ses espaces de vie habituels (peuplement, socio-économie, offre de soins existante, les flux, les distances et les temps d'accès)* » et, d'autre part, de donner une importance particulière au maillage des soins de premier recours dans un contexte de profondes mutations de l'exercice professionnel[22]. La loi de modernisation de notre système de santé de 2016, notamment en créant les groupements hospitaliers de territoire (GHT), met l'accent sur une organisation territoriale de l'offre de soins hospitalière. Elle crée aussi les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). La loi de juillet 2019 s'inscrit dans la continuité des réformes précédentes par l'intérêt qu'elle porte à la coopération entre acteurs et à la coordination des soins, notamment pour les parcours complexes, ainsi qu'à la gouvernance médicale des groupements hospitaliers de territoire.

En outre, l'accent mis sur les CPTS pour couvrir l'ensemble du territoire rappelle l'importance donnée à la structuration de l'offre de premier recours et répond aux analyses qui montrent qu'au niveau local le plus fin, « *il n'y a pas en France de réelle territorialisation de la santé, en tous cas pas de façon systématique*[23] ». La relation de la santé à l'échelle du quartier, de la commune ou inter-communautés est rarement structurée, alors que cette construction existe dans les domaines de l'éducation, de l'action sociale ou encore du logement.

Le sociologue Marcel Calvez souligne que le territoire de santé ne peut résumer à lui seul les relations entre les territoires et la santé. Celles-ci renvoient également aux questions d'environnement par exemple, mais plus largement aussi « *aux espaces vécus par les populations qui les habitent, aux valeurs qu'elles leur attribuent, aux sens qu'elles leur donnent, aux réseaux qu'elles tissent et qui font des lieux qu'elles occupent un territoire de vie et de bien-être*[24] ».

Ces constats ont conduit à un consensus partagé sur la nécessité de prendre en compte les différences et les spécificités des territoires à un niveau relativement fin pour répondre aux problématiques de santé de la population. Le niveau local s'est de fait progressivement imposé comme le lieu privilégié du diagnostic et de l'action[25].

Deux questions restent posées : « qui » a légitimité à construire les territoires de santé ? Quel équilibre trouver entre une logique de déconcentration – qui décline des politiques nationales de haut en bas - et une logique de maillage progressif, régional et national[26], au moyen d'initiatives issues des territoires, du bas vers le haut ?

Enfin, ces transformations s'inscrivent dans un contexte peu lisible par les acteurs et marqué par une organisation territoriale en silos de la vie collective, peu propice à une coopération de l'ensemble des acteurs qui contribuent à la santé de la population, au-delà du seul secteur de la santé. Ainsi, l'éclatement des niveaux de gestion, de décision et de financement des secteurs social, médico-social et sanitaire continue de faire obstacle à l'émergence de dispositifs plus intégrés de prise en charge des besoins liés à la maladie et à la perte d'autonomie. D'un autre côté, l'investissement progressif

22 Jeanne-Marie Amat-Roze. « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat ». Hérodote , n°143 La Découverte 4e trimestre 2011.

23 Sébastien Fleuret. « Questionner la territorialisation de la santé en France » in « Santé et territoires. Des soins de proximité aux risques environnementaux ». Presses universitaires de Rennes, 2016.

24 Marcel Calvez, « Introduction » in Santé et territoires. Des soins de proximité aux risques environnementaux. Presses universitaires de Rennes - Espace et territoires -2016.

25 Jeanne-Marie Amat-Roze cit. ibid.

26 S Fleuret *cit. ibid.*

des communes, ces dix dernières années, dans le champ sanitaire, grâce aux ateliers ville santé et autres contrats locaux de santé, donne une importance croissante aux interventions en proximité avec les lieux de vie des usagers. Toutefois, instaurés par la loi HPST et destinés à faire converger politique régionale des agences régionales de santé et initiatives locales, les contrats locaux de santé ont peiné à se mettre en place et n'ont pas vraiment convaincu[27].

IV.2/ Résoudre les problèmes en appelant à la créativité des territoires et de ses acteurs

La légitimité des acteurs locaux pour porter l'innovation

Habituellement, la juxtaposition des termes territoires et innovation évoque les politiques ou les interventions de différents acteurs locaux pour favoriser le développement économique et l'emploi. Face aux dynamiques de globalisation et de délocalisation, l'innovation est perçue comme le moyen de maintenir une activité productive et de redynamiser le tissu industriel et entrepreneurial local. Les politiques publiques d'aménagement du territoire se sont souvent emparées de l'innovation en cherchant à encourager la recherche et le développement, au travers du déploiement des pôles de compétitivité par exemple. Cependant, d'autres formes d'innovations, plus modestes, sont venues plus directement des acteurs « citoyens » : habitants, petits producteurs ou entrepreneurs, artisans, acteurs du monde culturel… Dans ces territoires, on a plutôt cherché à réinventer des activités en se fondant sur les particularismes locaux : un héritage culturel, des savoir-faire et des techniques parfois anciens, des compétences locales existantes… On peut trouver des exemples de cette créativité dans le développement des appellations d'origine contrôlée (AOC), celui de la consommation des produits locaux avec les associations pour le maintien d'une agriculture paysanne (Amap), le développement du tourisme de proximité[28]…

Ces deux formes d'innovation coexistent aussi dans le secteur de la santé, mais c'est clairement le second modèle qui est visé par l'article 51. En donnant l'initiative aux acteurs de terrain pour proposer des organisations innovantes, le dispositif légitime leur connaissance intime du territoire et de ses problématiques, de ses habitants et de leurs modes de vie, de l'offre sanitaire et médico-sociale ainsi que de leurs acteurs, des acteurs de la ville et du monde social, signant, d'une certaine manière, l'insuffisance des politiques nationales uniformes.

Le dispositif dérogatoire joue également un rôle essentiel

Dans le secteur de la santé, la prégnance des mécanismes de régulation visant à garantir la qualité et la sécurité des soins, la qualification des personnels, la répartition de l'offre et la maîtrise des dépenses de santé peut parfois tenir les acteurs de terrains à distance des innovations organisationnelles.

27 Françoise Jabot et Anne Laurent – Les contrats loaux de santé en quête de sens ». S.F.S.P. | « Santé Publique » 2018/2 Vol. 30.
28 Conseil d'analyse économique (mai 2010) cit. ibid.

Dans le cadre d'un travail de recherche portant sur le montage d'un « projet article 51 » d'un centre ambulatoire de soins de réadaptation cardiaque en Corse, Giusti et al[29] illustrent de manière éclairante la relation de l'innovation à la dérogation réglementaire au niveau d'un territorial local. Observant que de nombreux patients renoncent aux soins de réadaptation cardiaque en raison des difficultés d'accès géographique à un établissement de santé spécialisé, l'équipe d'une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) propose de créer une structure ambulatoire mobile. Cette modalité de prise en charge déroge à plusieurs règles relatives aux conditions techniques d'activité. En outre, sans toutefois les remettre en question, la proposition conteste la validité des recommandations médicales appliquées à cette situation locale spécifique. Une forme de paradoxe est explicitée. D'un côté, la légitimité de la réglementation nationale n'est pas fondamentalement contestée car elle propose une forme de prise en charge homogène des patients en apportant des garanties de qualité et de sécurité des soins. De l'autre côté, la légitimité de la demande de dérogation s'appuie sur le constat que la réglementation nationale conduit à une éviction d'une partie de la population d'un dispositif de soins, pourtant nécessaire à leur santé, générant en cela des inégalités. Les auteurs observent ainsi que « l'article 51 laisse émerger une forme de légitimité territoriale susceptible de remettre en cause les obligations ou recommandations véhiculées par le champ institutionnel. La source de cette légitimité tient à la proximité des acteurs de santé avec les problématiques de leur territoire ».

La logique territoriale est présente mais diversement structurée selon les régions et les projets au moment de l'expérimentation

Si la plupart des projets s'inscrit dans une logique d'extension à terme, une minorité seulement positionne d'emblée l'expérimentation non seulement comme le test d'un modèle d'organisation à un niveau local, mais aussi comme celui de sa capacité à couvrir l'ensemble d'un territoire de manière structurée (i.e. fonctionner sur tout le territoire, en s'installant partout où c'est nécessaire). De fait, lorsqu'un projet se monte en divers endroits de la région ou dans plusieurs régions, il est plus juste de parler d'expérimentation multi-sites que de projet véritablement territorial, à quelques exceptions[30]. Le projet ADMR en Occitanie est un dispositif de repérage de la fragilité, d'alerte et d'intervention précoce. Il identifie clairement toutes les localités de la région où des personnes âgées se trouvent en situation d'isolement géographique et cible ainsi l'intervention des services de soins à domicile en ces lieux.

De discussions informelles avec les acteurs des ARS ou de l'assurance maladie qui travaillent sur les projets article 51, il semble émerger, schématiquement, plusieurs formes d'ancrage des projets dans les territoires. Au départ, on trouve en général des acteurs qui ont un projet local et qui trouvent principalement avec l'article 51 les ressources financières nécessaires à sa concrétisation. Il s'agit d'abord de répondre à un problème local que rencontrent les porteurs de projets. La question de l'extension du modèle expérimenté à l'ensemble d'un territoire, de la région ou du pays n'est pas

29 Giusti et al. « Innover localement pour transforme le système de santé : comment s'assurer de la réplicabilité d'un projet innovant ? » 8° Colloque Santé, Marseille, mai 2019.

30 Il faut aussi citer l'expérimentation pilotée par le ministère et la Cnam « Incitation à une prise en charge partagée » (IPEP). Elle vise à inciter collectivement des professionnels de santé volontaires à s'organiser par la constitution d'un groupement pour mettre en place des actions au service d'une population. Ces actions portent sur des objectifs d'amélioration de l'accès aux soins, de la coordination des prises en charge, en particulier ville-hôpital, la pertinence des prescriptions médicamenteuses et de prévention. Les groupements pourront recevoir un intéressement collectif basé sur l'atteinte de leur performance mesurée à partir d'indicateurs de qualité, d'expérience patient et de maîtrise de dépenses.

forcément formalisée. Pour les institutions régionales (ARS et Assurance maladie), la priorité est, dans un premier temps, d'identifier des acteurs de terrain prêts à s'investir dans une expérimentation et de les accompagner dans le montage opérationnel du projet, ce dernier devant s'adapter au cadre imposé par l'article 51, en particulier proposer un modèle de rémunération dérogatoire. Le projet peut ou non s'inscrire dans le champ des projets régionaux de santé (PRS), la position d'une ARS et de l'Assurance maladie locale pouvant varier selon l'originalité du projet, sa capacité présumée à répondre à un problème réel.

Dans d'autres cas, la sélection des projets peut prioriser ceux qui sont en cohérence avec les PRS. Cette cohérence s'exprime alors principalement par la correspondance thématique du projet avec le PRS. L'élaboration de parcours de soins complexes et l'organisation de la coopération entre les différents professionnels est le cas le plus fréquent. L'entrée par la pathologie ou par la population est souvent la norme. La réduction des inégalités de santé, le développement de l'utilisation des outils numériques ou encore les interventions efficaces dans le domaine de la prévention sont des thématiques également mises en avant.

Au-delà de la seule correspondance aux priorités thématiques, la logique territoriale peut se manifester de manière plus structurée. C'est le cas lorsque le projet entend dépasser le cercle des pionniers en mettant en œuvre l'expérimentation « *pas toujours là où ça va marcher à coup sûr et pas nécessairement avec les gens qui veulent travailler ensemble* ». Dans le même ordre d'idées, il n'est pas rare de constater qu'alors que des « champions » locaux de l'innovation impulsent une véritable dynamique sur le territoire qui les entoure. Celle-ci peine à gagner d'autres espaces aux besoins plus prégnants, faisant courir le risque d'un creusement des inégalités entre les territoires. Pour le dire de manière raccourcie, les innovateurs ne se rencontrent pas toujours où l'on aurait besoin d'eux.

Les formes d'ancrage les plus abouties des expérimentations se révèlent quand se manifeste de surcroît une logique de couverture – avoir plusieurs sites expérimentaux sur un même département, sélectionnés logiquement en fonction des objectifs du projet – associée à un travail de mise en cohérence entre les organisations qui se créent et celles existantes, cohérence des projets sur les personnes âgées avec les actions des MAIA par exemple. Monter ce genre de projet mobilise évidemment un temps et des ressources plus importants.

Toutefois, cette classification schématique de la diversité des situations ne présume en rien d'une hiérarchie de l'intérêt des expérimentations. Une expérimentation à un niveau local, ciblée sur une population très spécifique, peut être aussi riche d'enseignements dans une perspective d'application ou d'adaptation du modèle organisationnel à d'autres lieux, pathologies ou situations.

IV.3/ Les enjeux de la généralisation

Depuis une quinzaine d'années, la question de la diffusion des innovations et du « passage à l'échelle[31]» est devenue un thème important de la recherche internationale sur les services de santé. Celle-ci est motivée par le constat que de nombreuses

31 « Scaling up » est la dénomination la plus souvent retenue dans la littérature académique.

innovations, considérées à un moment donné comme les modèles d'avenir de l'organisation des systèmes de santé, n'ont en réalité jamais réussi à véritablement dépasser leur cadre expérimental, voire ont été abandonnées. Un nombre croissant de travaux s'intéresse ainsi aux facteurs qui freinent ou favorisent le déploiement d'une innovation à l'échelle d'un territoire ou d'un système de santé.

Dans le cas français de l'article 51, l'enjeu de la généralisation soulève de surcroît la question des modalités d'entrée dans le droit commun d'expérimentations construites sur un dispositif dérogatoire à différentes règles d'organisation et de paiement.

L'enjeu du passage à l'échelle

Le processus de diffusion de l'innovation ne se limite pas à la simple réplication ailleurs de ce qui a marché à un endroit. L'expérience montre qu'au contraire, tenter de refaire à l'identique a peu de chances de succès[32]. Les différentes phases qui composent le processus de déploiement[33] d'une innovation, de son émergence jusqu'à son « passage à l'échelle » sont aujourd'hui assez bien identifiées, de même que les différents freins.

En revanche, les facteurs favorisant la diffusion sont plus difficiles à cerner[34],[35], nombreux étant ceux pouvant bloquer l'innovation à chaque phase de son processus de développement. Certains sont liés à l'innovation elle-même. Celle-ci peut, par exemple, s'avérer mal adaptée à la pathologie ou à la population ciblée, s'attaquer à un problème perçu par les professionnels de santé mais pas par les patients… L'innovation peut aussi générer une surcharge de travail qui n'est pas acceptable par les professionnels autres que les promoteurs (le besoin de renseignement détaillé d'un système d'information par exemple). Les expérimentations, souvent de petite taille, ne permettent pas de tester toutes les contraintes organisationnelles qui peuvent se révéler lors du passage à une échelle plus importante : besoin d'insérer un niveau de pilotage et de management supplémentaire et non prévu, nécessité de penser un système d'information plus « industrialisé », effets de seuil sur les ressources qui alourdissent les coûts, etc.

En outre, chez les professionnels de santé et les médecins en particulier, les pratiques professionnelles sont largement structurées par la nécessité de démontrer leur efficacité démontrées selon des méthodes scientifiques standardisées. L'évaluation des innovations organisationnelles adopte rarement ces méthodes très coûteuses et souvent mal adaptées à son objet. D'autres facteurs sont liés aux caractéristiques non reproductibles des promoteurs : les efforts consentis par des acteurs fortement investis pour monter l'organisation et supporter le « coût d'entrée » ne sont pas toujours réplicables, tandis que le charisme de certains pionniers ne se rencontre pas nécessairement partout.

32 The TO-REACH Consortium. "Strategic Research Agenda (SRA)"; https://to-reach.eu/our-strategic-research-agenda/

33 Ces phases sont caractérisées dans un premier temps par l'adoption de l'innovation qui correspond à la décision d'une organisation ou d'un groupe d'acteurs d'utiliser cette innovation. Elle est suivie par une étape de mise en œuvre au sein de l'organisation puis par un temps de stabilisation / « routinisation ». La diffusion constitue de fait une étape intermédiaire durant laquelle l'innovation se déploie dans un cadre local. Le passage à l'échelle représente le véritable déploiement de l'innovation à un plus large niveau. C'est ce qui correspond le plus au néologisme de « généralisation » couramment employé. Chaque étape représente un moment de blocage possible.

34 Ellen Nolte. "How do we ensure that innovation in health service delivery and organization is implemented, sustained and spread ? » Policy Brief - *European Observatory on Health Systems and Policies* – 2018.

35 Greenhald and al. *"Beyond adoption : A new Framework for Theorizing and evaluating Nonadoption, Abondonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainnability of health and Care Technologies"*; J Med Internet Res 2017/vol19.

Les patients procèdent quant à eux à un arbitrage entre l'effort d'adaptation liée au changement des habitudes et la valeur qu'ils en perçoivent. Les promoteurs des innovations sous-estiment souvent cette dimension. De plus, certaines innovations organisationnelles ou technologiques visent à renforcer l'autonomie de gestion de la maladie, créant ainsi de nouvelles exigences pour les patients qu'ils ne sont pas tous prêts à accepter. En outre, les différences de capacités à s'approprier ces innovations peuvent être à l'origine d'un renforcement des inégalités sociales de santé. La complexité des changements pour les patients est ainsi souvent mal anticipée.

Enfin, le contexte dans lequel l'innovation se développe et celui dans lequel elle est transférée jouent un rôle essentiel. Les problématiques épidémiologiques, démographiques ou d'offre de soins peuvent se poser différemment. Le contexte économique, social ou cultuel joue également un rôle important : les modes d'alimentation varient par exemple considérablement selon les régions. L'accompagnement par les institutions varie également selon les personnes en poste.

Parmi les facteurs favorisant l'émergence et la diffusion des innovations organisationnelles dans les systèmes de santé, les éléments liés au pilotage du projet innovant apparaissent ainsi essentiels : le leadership et le management, notamment le développement d'accords de responsabilité et de performance entre les différents membres de l'organisation. L'allocation de ressources dédiées au temps passé à la mise en œuvre du projet et au développement des infrastructures nécessaires est une variable-clé, de même qu'une communication efficace au sein de l'organisation assortie d'un suivi et d'un retour d'information réguliers.

La capacité d'adaptation continue au contexte local joue également un rôle majeur dans la mise en œuvre, la durabilité et la diffusion de l'innovation. L'évaluation et la démonstration de l'efficacité (voire de l'efficience) de l'innovation, ainsi que de ses éventuels effets inattendus (par exemple l'exclusion de certaines populations de l'accès à l'innovation) constituent des facteurs nécessaires à l'adoption et la dissémination.

Les enjeux liés à l'entrée dans le droit commun des expérimentations article 51

L'article 51 de la LFSS 2018 prévoit que les instances décisionnelles qui pilotent le dispositif rendent un avis sur l'opportunité et les modalités de la généralisation de l'expérimentation, sur la base du rapport d'évaluation qui leur est remis. Une lecture un peu rapide de cette disposition pourrait conduire à deux erreurs d'interprétation. La première serait de penser que l'évaluation peut dire si le projet est généralisable ou non. La seconde serait de confondre généralisation et réplication à l'identique.

La loi crée l'obligation d'une évaluation systématique des projets. Le cadre de cette évaluation a d'abord été formalisé dans une note[36] au Conseil stratégique de l'innovation en santé, puis explicité dans un guide méthodologique[37]. L'appréciation de la réussite d'un projet doit se faire à l'aune de trois critères : sa faisabilité, son efficacité (et son efficience) et sa reproductibilité. Ce dernier critère est sans doute le plus délicat à appré-

36 Note sur le cadre d'évaluation des experimentations dans le cadre du dispositive d'innovation en santé (article 51 de la LFSS 2018) : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/note_cadre_evaluation_experimentations_dispositif_innovation__sante_article_51_lfss_070318.pdf

37 Guide méthodologique de l'évaluation des projets art. 51 LFSS 2018 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article_51_guide_methodologique_evaluation_des_projets_articles_51_document_complet.pdf

cier. Comme évoqué *supra*, en raison de la pluralité des composantes innovantes au sein d'un même projet, de la multiplicité des facteurs spécifiques au cadre de mise en œuvre de l'expérimentation, de la complexité des interactions qui se jouent entre ces facteurs..., l'évaluation ne pourra constituer une prévision certaine de la reproductibilité[38] d'un projet. L'évaluation tentera d'identifier au mieux un faisceau d'indices permettant de penser qu'un projet a plus de chances qu'un autre de pouvoir donner naissance à un modèle systémique. Néanmoins, la décision de généralisation ne pourra se limiter à l'appréciation technique d'un rapport d'évaluation. De plus, elle ne pourra résulter que d'un choix politique partagé par l'ensemble des partenaires institutionnels.

À ce jour, les modalités de généralisation d'une expérimentation de l'article 51 ne sont pas encore arrêtées. Dans le cas d'une évaluation positive d'une expérimentation, sa généralisation va-t-elle se traduire par le simple basculement du dispositif dans le droit commun ? Cette conception de la généralisation conduirait de fait à garantir la pérennité du fonctionnement du dispositif expérimental. Au-delà de l'autorisation donnée au dispositif expérimental de s'inscrire dans l'espace où il s'est créé, la généralisation signifie-t-elle aussi que le modèle peut être répliqué à l'identique (*i.e.* même organisation, même mode de rémunération, même montant de rémunération) dans d'autres territoires ? Une troisième forme de généralisation peut aussi consister à construire de nouveaux modèles à partir des enseignements des expérimentations sans les répliquer à l'identique[39].

On peut d'ailleurs imaginer tenter de faire coexister ces trois modalités de généralisation, mais non sans interroger le dispositif actuel de régulation du système de santé dans plusieurs de ses dimensions. En réalité, deux grandes visions s'affrontent.

La première consiste à s'inspirer de la créativité locale pour reconstruire de nouvelles règles et de nouveaux modèles de prise en charge s'appliquant à l'ensemble du territoire et préservant ainsi une forme de cohérence nationale du système de santé. De la sorte, les « composantes » les plus innovantes des expérimentations pourraient être réinjectées dans le système via les outils de régulations idoines (conventions nationales des professionnels libéraux, réglementation des établissements de santé et médico-sociaux...). Toutefois, en tentant d'identifier les composantes des projets pour reconstruire de nouveaux modèles « génériques » et les substituer aux approches locales mises en œuvre dans le cadre dérogatoire de l'article 51, ne risque-t-on pas dénaturer le projet initial au point d'atténuer voire de faire disparaître les éléments clés de son succès ?

La seconde, à l'inverse, consiste à préserver le caractère local du dispositif, le passage dans le droit commun signifiant alors que l'on pourrait reprendre les grandes structures du modèle expérimental initial tout en l'adaptant aux spécificités locales. Dans cette vision, différents modèles d'organisation des prises en charge, des parcours, des rémunérations des professionnels de santé coexisteraient dans les différents territoires. Aussi séduisante soit-elle sur le papier, cette conception n'est pas sans soulever de nombreuses questions au premier rang desquelles se trouve la définition de territoires cohérents avec les organisations qui seraient mises en place.

38 Il serait d'ailleurs plus juste d parler de transférabilité.

39 À cet égard, l'évaluation s'est aussi donnée pour objectif de porter un regard plus global sur l'ensemble des expérimentations pour en tirer des enseignements plus généraux, identifier les leviers et les freins au développement d'organisations innovantes et distinguer les facteurs de contexte qui permettront à des modèles systémiques d'émerger.

Cela n'est de fait pas aujourd'hui le cas. En outre cela conduirait à la coexistence d'une multiplicité de dispositifs « à la carte » dans une simple logique de juxtaposition des territoires sans organisation d'ensemble. Si certains acteurs locaux y trouveraient leur compte, un tel fonctionnement en tuyaux d'orgues pourrait à l'inverse générer des phénomènes de concurrence entre territoires, de creusement des inégalités d'accès aux soins, de perte de cohérence des parcours les plus complexes.

L'article 51 rappelle ainsi que la définition d'un juste équilibre entre une cohérence d'ensemble de l'offre de soins et son adaptation au niveau local est un enjeu complexe. On peut distinguer plusieurs problématiques qui vont être soulevées par l'intégration dans le droit commun des expérimentations de l'article 51, certaines interrogeant différentes composantes du dispositif actuel de régulation du système de santé.

Une première question se pose en termes de concurrence entre les dispositifs expérimentaux. Certains projets abordent le même thème en proposant des modèles dont l'économie générale varie et pourra à terme se révéler plus ou moins avantageuse pour les professionnels de santé qui auront tendance à sélectionner les organisations et les modes de rémunérations qui leur semblent les plus adaptés.

La généralisation pose aussi la question de la concurrence de ces nouvelles organisations avec celles qui existent déjà dans le droit commun. L'évaluation qualitative de Paerpa avait ainsi montré comment l'émergence d'organisations nouvelles sur un territoire pouvait générer des situations de concurrence avec des structures existantes et déjà bien implantées comme les MAIA, par exemple.

Dans le même ordre d'idée, d'ici trois à cinq ans – la durée des expérimentations –, il faudra également penser leur intégration dans le droit commun en complémentarité des dispositifs d'appui à la coordination, les CPTS et les GHT qui sont en train de se développer. Certains modèles expérimentaux auront développé leur propre dispositif de coordination. Il s'agira d'éviter les redondances tout en garantissant la cohérence des interventions.

Une autre question va apparaître autour de l'évolution des rôles et des fonctions de certaines professions. Ceci va dans le sens d'une montée en compétence et de gains d'autonomie dans la pratique. Cette évolution interrogera la réglementation sur les pratiques avancées ou les protocoles de délégations de tâches et incitera à repenser la régulation des professions. De même, l'émergence des outils numériques va inciter à repenser les modèles économiques qui leur sont associés.

Enfin, les modes de rémunération qui sont mis en place dans le cadre des expérimentations se traduisent certes par la création de forfaits de prise en charge pluri-professionnelle d'un parcours ou d'un épisode, mais ils demeurent un mécanisme de remboursement des coûts au sens où leur montant est essentiellement déterminé sur la base des coûts de fonctionnement propres au dispositif expérimental. En cas de généralisation, quel sera le montant à appliquer pour la prise en charge d'un parcours ? devra-t-il varier selon les territoires ?

Dès lors, comment va-t-on gérer la possible coexistence d'un système de rémunération et de tarification nationale avec une multitude de micro-systèmes locaux ? L'émergence du rôle des territoires dans l'organisation comme dans la définition du financement des soins soulève en contrepoint la question de leur responsabilité dans la régulation de l'offre et des dépenses de santé. Le système de santé français n'est pas aujourd'hui construit dans cette logique.

Certains systèmes étrangers ont évolué en ce sens : en Grande-Bretagne, des structures locales pilotées par les professionnels de santé, les *Clinical Commissioning Groups (CCGs)*, ont été créées pour jouer un rôle de planification de l'offre et d'achat de soins pour les ressortissants de leurs territoires. La France reste toutefois encore très éloignée du modèle britannique qui, par ailleurs, est en constante évolution.

De bons connaisseurs de l'histoire du système de santé français voient l'article 51 comme une forme de répétition de l'expérience des réseaux, qui est souvent perçue comme un moment manqué de la transformation de l'organisation des soins. L'article 51 s'en démarque pourtant sur plusieurs points : la richesse et la diversité des projets testés, la naissance d'un système de soutien aux innovations, qui se caractérise par l'accompagnement coordonné des services de l'État et de l'Assurance maladie aux niveaux national comme régional, le dispositif d'évaluation qui se met en place et la mise en œuvre d'un dispositif opérationnel de facturation qui permet aussi d'expérimenter en grandeur nature les modes de rémunération.

L'article 51 doit maintenant relever trois grands défis. Au-delà de l'aide apportée pour conceptualiser et faire émerger les innovations, il est nécessaire que l'accompagnement réussisse à évoluer vers un soutien à la mise en œuvre opérationnelle des projets. Un deuxième enjeu réside dans la capacité de l'évaluation à dépasser le prisme de l'appréciation de la réussite des projets pris individuellement pour porter un regard plus global sur les enseignements qui pourront aussi servir à la construction de nouveaux modèles d'organisation du système de santé. Enfin, la capacité des institutions à créer les conditions favorables à l'entrée des expérimentations prometteuses dans le droit commun constitue sans doute le défi le plus important.

Il faut écouter ce que disent déjà les expériences étrangères : alors que l'on attend que les innovations technologiques et organisationnelles émergent et se déploient rapidement dans le système de santé, la réalité montre qu'en raison de la grande complexité des organisations de soins, il a souvent été difficile pour ces innovations de dépasser leur cadre expérimental.

Il est nécessaire de s'inscrire dans un temps long. L'article 51 représente une formidable opportunité pour transformer le système de santé français ; il faut lui laisser sa chance en lui donnant le temps de s'installer durablement.

PARTIE C : RECOUVREMENT ET CONTRÔLE SUR LE TERRITOIRE

Territoires et recouvrement : comment les Urssaf prennent-elles en compte les territoires dans leurs actions ?

Par **Pierre Ramon-Baldié**, directeur régional adjoint de l'Urssaf Rhône-Alpes

Pierre Ramon-Baldié est directeur régional adjoint de l'Urssaf Rhône-Alpes et chargé d'enseignements sur la protection sociale à l'Université Gustave Eiffel.

Les propos et points de vue exprimés dans l'article n'engagent que leur auteur, et en aucun cas l'Acoss, la Branche recouvrement ou l'Urssaf Rhône-Alpes.

Les territoires sont-ils pris en compte par les Urssaf pour orienter leurs actions ?

La question mérite d'être posée à l'aune de l'actualité qui a conduit à redécouvrir la dimension territoriale et la façon dont elle façonne ou pas les actions des services publics.

Pour la Branche recouvrement, cette dimension a été relativement absente de la construction du réseau des Urssaf et de son implantation physique.

Au fil du temps, elle a été prise en compte et articulée avec des défis de la Branche, parfois tout à fait communs à l'ensemble de la protection sociale (particulièrement l'émergence et l'essor rapide des services digitaux à distance), parfois relativement spécifiques aux Urssaf (par exemple l'importance de tiers déclarants mandatés par les cotisants pour gérer la relation à l'Urssaf).

Aujourd'hui, plusieurs enjeux actuels décrits dans la Cog 2018-2022 conduisent à aller plus loin et à repenser la « dimension territoriale » des interventions, qu'elles relèvent des offres de services, du recouvrement ou du contrôle. Cette réinterrogation suppose d'outiller les analyses de façon plus fine en intégrant des données géographiques.

Les territoires et les questions de proximité géographique reviennent incontestablement sur le devant de la scène !

Particulièrement, l'une des dimensions du mouvement social dit « Gilets jaunes » a ainsi réactivé le sujet de la couverture territoriale des services publics et de leur accessibilité physique.

Différentes publications et analyses sont venues proposer des grilles de lecture du rapport au territoire, particulièrement le Baromètre des territoires 2019 (La France en morceaux) publié en début d'année 2019 par l'Institut Montaigne et Elabe, largement présenté et commenté sur internet par l'un de ses artisans, Bruno Cautrès, chercheur au CNRS et au CEVIPOF.

La réponse politique est elle aussi venue de son côté, en identifiant à l'organigramme gouvernemental une ministre chargée de la cohésion des territoires, et en proposant des orientations et actions concrètes. On peut citer notamment la présentation d'un « agenda rural » le 20 septembre 2019[1], ou encore le projet de déploiement de 2000 Maisons France Service (MFS) d'ici à 2022 contribuant à simplifier la relation des usagers aux services publics au niveau des cantons, avec une ambition de permettre à chaque Français d'accéder à une MFS à moins de 30 minutes de son domicile[2].

Enfin du côté des services publics, et notamment des réseaux d'organismes de protection sociale, le sujet de la proximité physique est appréhendé depuis plus de 20 ans maintenant[3] de manière indissociable de la gestion des contacts à distance sous quelques formes que ce soit : services en ligne, gestion des contacts téléphoniques et des courriels, etc. Les Conventions d'objectifs et de Gestion ont été l'un des vecteurs de cette évolution permettant d'actualiser le regard porté sur la relation de proximité physique avec les bénéficiaires des services.

Aujourd'hui, on peut considérer que le contexte se prête à réinterroger assez simplement pourquoi et comment les territoires sont-ils pris en compte dans les actions et interventions des services publics, et en ce qui concerne cet article, les actions et interventions des Urssaf.

TERRITOIRE ET RECOUVREMENT : DE QUOI PARLE-T-ON ?

Définir le territoire dans son acception « Urssaf »

La littérature propose de manière assez nourrie des définitions de la notion de territoire.

Dans son ouvrage récent[4], Gérard-François Dumont met en évidence les limites des définitions géographiques et politiques, trop statiques selon lui, pour proposer une définition retenant la dynamique permanente des territoires.

1 Agenda rural, porté par Jacqueline Gourault, ministre de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, présenté par le premier ministre lors du congrès de l'association des maires ruraux de France, 20 septembre 2019. Cet agenda comporte 173 mesures.

2 Le projet de déploiement des maisons France Service a été présenté par le premier ministre lors de son discours de politique générale à l'Assemblée nationale le 14 juin 2019. Ce projet vise à améliorer le dispositif existant de maisons de services au public (MSAP) en proposant un panier commun de services avec a minima une contribution des Caf, des Cpam, des CARSAT, des MSA, de Pôle Emploi, de La Poste, et des représentants locaux de 3 ministères : Intérieur, Justice et Finances Publiques.

3 L'émergence de la première génération d'internet dans les services publics français date du milieu des années 1990.

4 *Les territoires français : diagnostic et gouvernance : Concepts, méthodes, applications*, Armand Colin, 2018.

Le territoire est ainsi défini comme un espace qui fait système, avec trois caractéristiques générales communes à tous les territoires[5], et trois caractéristiques spécifiques : il n'est pas interchangeable, chaque territoire est différent ; il a un caractère varié contenant des aspects matériels (transports, commerces, lieux culturels etc.) et immatériels (ambiance, sécurité, vie associative etc.) ; il est indivisible et à accepter dans sa totalité.

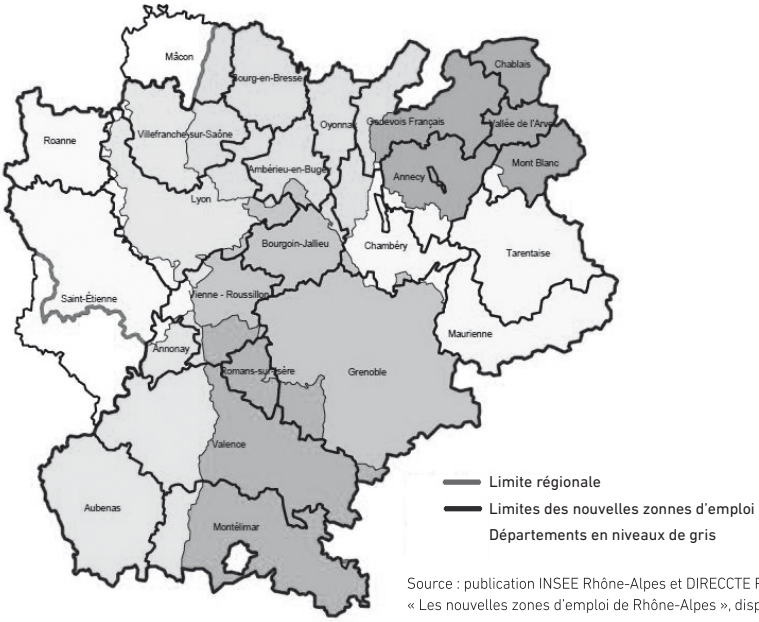
Dans le présent article, le territoire est entendu comme la circonscription géographique d'action d'une Urssaf, alignée sur les territoires des régions administratives avant réforme de la carte par la loi 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions.

Cette dernière procède à un redécoupage des régions métropolitaines de 22[6] à 13, qui n'a pas conduit à ce jour à ré interroger les circonscriptions géographiques d'action des Urssaf.

Le réseau métropolitain des Urssaf reste par conséquent constitué de 22 Urssaf, les missions de recouvrement étant confiées aux caisses générales de sécurité sociale dans les DOM.

Dans ce territoire existent des zones que l'INSEE qualifie de « zones d'emploi » qui sont d'abord des zones d'études et d'information sur le « marché du travail » local et sur sa dynamique, mais qui peuvent aussi constituer un territoire d'aide à la décision en vue d'engager des actions de politiques publiques, initiées par l'État ou les acteurs locaux[7].

L'ancienne région administrative Rhône-Alpes (8 départements) compte 24 zones d'emploi, comme le montre la carte ci-après :



Source : publication INSEE Rhône-Alpes et DIRECCTE Rhône-Alpes « Les nouvelles zones d'emploi de Rhône-Alpes », disponible en ligne

5 ***nécessaire***, lié à des besoins de la population (besoin de lieu d'habiter, de consommer etc.), ***utile*** (pour satisfaire les besoins), le degré de satisfaction du besoin pouvant évoluer en fonction du contexte du territoire (sécurité, mobilité etc.), ***limité***.

6 La loi 72-619 du 5 juillet 1972 avait créé 22 régions en métropole.

7 Depuis le début des années 1980, l'INSEE utilise le découpage en zone d'emploi pour approcher la dimension territoriale de ses données : plus de 320 zones d'emploi sont identifiées issues de la dernière actualisation de 2010. Voir sur insee.fr pour aller plus loin.

On le voit bien, la question territoriale « superpose » pour l'Urssaf deux dimensions :

- la dimension administrative, liée à la circonscription d'action de l'Urssaf ;
- la dimension économique, liée à la prise en compte par l'Urssaf dans l'exercice de ses missions des zones d'emploi dans sa circonscription d'action administrative.

L'une des clés de compréhension de la question territoriale telle qu'appréhendée par l'Urssaf réside dans sa capacité à prendre en compte ces deux dimensions et d'y répondre concrètement.

Dans le présent article, la question de la prise en compte du territoire par l'Urssaf renvoie ainsi *in fine* à la prise en compte de ces zones d'emploi par l'Urssaf, dans l'exercice de ses missions, dans sa circonscription d'action juridique.

Concernant la définition du recouvrement, sont visées ici, les missions de service public assurées par les Urssaf, en excluant l'organisation du recouvrement portée par d'autres régimes (MSA, régimes spéciaux, régimes complémentaires etc), même si la LFSS 2020 contient une extension de la responsabilité des Urssaf sur certaines missions de ces acteurs.

Par souci de pédagogie et de façon « resserrée », ces missions de service public peuvent être présentées comme suit :

1. Le recouvrement des cotisations et contributions sociales et autres prélèvements confiés et leur redistribution aux destinataires. Ce recouvrement inclut des actions d'accompagnement des entreprises qui connaissent des difficultés.
2. Le contrôle de l'application de la législation (contrôle sur pièces/sur place).
3. La gestion des recours amiables et judiciaires.
4. L'information, le conseil et la mise à disposition de services aux cotisants, à la fois pour les sécuriser juridiquement, et également pour simplifier la gestion de leurs obligations.

Faire le lien entre les missions des Urssaf et le territoire d'exercice de ces missions, c'est mettre en évidence la prise en compte des spécificités du territoire pour chacune d'entre elles. De ce point de vue, cette prise en compte permet de distinguer deux logiques différentes :

- **pour la relation de service** (informations, accueils aux guichets etc.), le principal sujet de l'Urssaf est de déterminer la maille pertinente de présence sur le territoire, et la cohérence des services de proximité avec les services à distance (téléphone, courriers/courriels, services en ligne sur internet) ;
- **pour les missions de recouvrement, contrôle et gestion des recours**, le sujet de l'Urssaf est d'adapter ses actions à la réalité économique du territoire (cf. les zones d'emploi plus haut) et à la présence d'acteurs partenaires afin d'articuler les actions avec leurs politiques et priorités. On peut par exemple citer l'importance des politiques locales dans le domaine de l'accompagnement des

entreprises en difficulté au sein des CCSF[8], ou du recouvrement forcé avec le réseau local d'études d'huissiers, mais également les liaisons avec les juridictions pour la gestion des recours (TGI) ou encore les actions partenariales avec les membres des CODAF[9].

QUELS ENJEUX DE LA PRISE EN COMPTE DU TERRITOIRE EN URSSAF ?

Historiquement, la prise en compte de la double dimension des territoires (administrative, économique) ne va pas de soi spontanément au sein du service public de sécurité sociale, et à coup sûr pour la Branche recouvrement et les Urssaf.

Pour autant, les Urssaf ont toujours essayé de prendre en compte les spécificités de leur territoire dans l'organisation de leurs activités et leurs relations avec leurs cotisants : spécificités géographiques et spécificités des caractéristiques de l'économie locale.

Aujourd'hui, la prise en compte du territoire par les Urssaf nécessite de penser de façon différenciée la question de la relation de service de celle des actions de recouvrement et de contrôle, en prenant en compte l'ensemble des caractéristiques des cotisants.

Au-delà, les Urssaf pourraient probablement aller plus loin dans la différenciation de leurs actions en fonction des territoires, en approfondissant leurs analyses des cotisants et des économies locales à partir des codes communes et des secteurs d'activité (NAF) : l'enjeu est ainsi géo-économique.

Au final, on peut avancer que :

- l'approche territoriale est historiquement concentrée sur la dimension administrative, les Urssaf ayant été créées sans lien avec les réalités des économies locales. Toutefois, une fois créé, le réseau des Urssaf a essayé de prendre en compte le sujet dans ses actions (I) ;
- aujourd'hui, la territorialisation des actions de l'Urssaf ne peut être pensée et organisée concrètement qu'en différenciant les questions de services de celles de recouvrement et de contrôle. Cette territorialisation pourrait aller plus loin en approfondissant les analyses de pertinence et de performance des actions à partir de critères géographiques (II).

8 Commissions de chefs de service financier, dont le secrétariat est assuré par les DDFIP.
9 Comités opérationnels départementaux anti-fraude.

I- L'IMPLANTATION HISTORIQUE GÉOGRAPHIQUE DES URSSAF N'A PAS DE LIEN DIRECT AVEC LES RÉALITÉS ÉCONOMIQUES LOCALES. POUR AUTANT, LES URSSAF ONT PRIS EN COMPTE LES SPÉCIFICITÉS DE LEUR TERRITOIRE DANS LEURS ACTIONS

I.1/ La cartographie historique des Urssaf et sa pertinence territoriale : ni vraiment administrative, ni vraiment économique

I.1.1/ Construction du réseau et évolutions : des reconfigurations successives, mais toujours pas de logique administrative ou économique complète

La sécurité sociale s'est construite sans prendre en compte la dimension économique des territoires à partir du défi d'un service public national avec une uniformité des prestations et services pour tout le territoire.

La seule dimension prise en compte est celle du territoire administratif : les compétences des Urssaf sont en ce sens territoriales au départ, dans l'ensemble de leurs activités de mise en œuvre de leur mission de service public.

En effet, le réseau du recouvrement ne fait son apparition complète qu'à partir du décret du 12 mai 1960[10] sous la double attente des Pouvoirs publics :

- professionnaliser la collecte des cotisations en spécialisant les métiers associés dans des organismes ad hoc créés en fusionnant les services d'encaissement des Cpam et des Caf (d'où l'acronyme toujours existant d'Union du recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales) ;
- simplifier la carte des interlocuteurs pour les entreprises (déclarations et paiements auprès d'un seul interlocuteur au lieu de deux).

L'Acoss, créée par l'ordonnance du 21 août 1967, ouvre quant à elle ses portes en 1968, et dans un premier temps ne possède pas les caractéristiques et compétences d'une caisse nationale comme on l'entend aujourd'hui (depuis 1994).

Les Urssaf étant issues de services composant les Cpam et les Caf, elles ont été créées là où ces organismes prestataires étaient localisés. Par conséquent, on a une cartographie de réseau non alignée sur la carte administrative. La logique de gestion de trésorerie qui a été privilégiée, l'a été en lien avec les caisses prestataires présentes dans chaque circonscription.

Il faut attendre la Cog 2006-2010 pour un alignement sur la maille administrative départementale, puis la Cog 2010-2013 pour un alignement sur la maille administrative régionale d'alors. Ce double mouvement de départementalisation puis régionalisation des Urssaf s'est donc opéré sur une période relativement courte.

10 Décret 60-452 du 12 mai 1960 relatif à l'organisation et au fonctionnement de la Sécurité sociale.

Mais la loi du 16 janvier 2015 (précitée) réformant la carte des régions à compter du 1er janvier 2016 a rendu caduc cet alignement en métropole (passage de 22 à 13 régions).

Ainsi, issue de la cartographie du réseau des Cpam et des Caf, l'organisation territoriale des Urssaf n'a jamais été liée à des préoccupations économiques territoriales, et les reconfigurations du réseau des Urssaf ne se sont jamais vraiment traduites durablement à ce jour par un alignement sur la carte administrative de la France.

Progressivement, la question du dépassement du territoire administratif (au sens de la circonscription d'action juridique de chaque organisme) s'est posée aux Urssaf pour tenir compte des réalités économiques (taille des entreprises et localisation de leurs établissements pas nécessairement situés sur le territoire de l'Urssaf).

La Branche recouvrement s'est alors adaptée en élargissant les pouvoirs de contrôle des inspecteurs du recouvrement (au-delà d'un territoire) et en organisant la gestion des grandes entreprises.

I.1.2/ La gestion des grandes entreprises et des entreprises optant pour un versement en lieu unique : une illustration de la priorité donnée à la gestion de spécificités de cotisants plutôt qu'à la situation géographique et aux territoires

À partir de la Cog 2006-2010, la Branche fait le choix de désigner des Urssaf « pivots » responsables de la relation avec les grandes entreprises.

Elle désigne ainsi 33 Urssaf en charge de cette catégorie de cotisants, dont 8 d'entre elles géreront également les très grandes entreprises françaises.

Pour mémoire, sont considérées par la Branche Recouvrement comme Très Grandes Entreprises les entreprises de plus de 2000 salariés, et comme Grandes entreprises les entreprises de plus de 250 salariés[11].

Après régionalisation complète du réseau des Urssaf (c'est-à-dire post 1er janvier 2014), le réseau se retrouve avec 8 Urssaf gestionnaires des TGE, pour lesquelles de réelles spécificités de gestion et de services sont mises en place :

- des services attentionnés particuliers au regard des enjeux de fiabilité des données et de trésorerie (tant celle de l'entreprise concernée que de l'Urssaf) ;
- des cycles de contrôles particuliers, voire des techniques de contrôle adaptées (utilisation de technique d'échantillonnages par exemple).

Pour ce segment particulier de cotisants, la notion de territorialisation de l'action n'a pas de pertinence particulière, ce qui compte c'est la relation, le contenu du lien et pas la proximité du lieu (v. *infra*, II).

11 Ce seuil de 250 est le seuil d'effectif retenu par l'Union européenne, en-dessous duquel les entreprises sont des PME.

I.2/ Pour autant, les Urssaf ont pris en compte les spécificités de leur territoire dans l'organisation de la relation de service et dans certaines actions de recouvrement et de contrôle

I.2.1/ Accueillir physiquement les cotisants et leur proposer des services de proximité géographique : comment la Branche privilégie-t-elle la notion de « déplacement utile » ?

I.2.1.1. Venir à l'Urssaf : vraiment ?

L'accueil des cotisants fait partie des missions de service public. Mais les conditions d'exercice de cette mission sont régulièrement interrogées par des questions simples :

- Quels cotisants se déplacent dans les accueils ?
- Pour quels motifs ?
- Peut-on imaginer des services leur permettant d'éviter un déplacement dans les accueils tout en bénéficiant des réponses à leurs questions ? ou autrement dit comment imaginer que les déplacements des cotisants dans les accueils contiennent une forte plus-value pour eux ?

La Branche Recouvrement a évolué avec l'ensemble du service public de Sécurité sociale sur le sujet.

Après une période marquée par des ambitions très fortes d'amplitude d'ouverture des accueils (la Cog Etat/Acoss 2002/2005 avait fixé une amplitude hebdomadaire d'ouverture de 40 heures dès 2003, portée à 45 heures en 2005), le sujet a été revisité sous l'effet d'évolutions majeures :

- l'analyse des fréquentations des accueils qui montrait que beaucoup de cotisants se déplaçaient pour obtenir des informations assez simples, ce qu'une offre de services à distance (téléphone, internet) pouvait facilement régler ;
- le développement rapide du numérique, notamment les générations d'internet (web informatif, collaboratif etc.) qui rendait possible l'accès à des services à distance de plus en plus complets ;
- la sociologie du monde économique : une entreprise ou un travailleur indépendant revendiquait clairement de passer moins de temps à « gérer » des obligations administratives, et de « gagner » du temps par des services plus rapides, plus simples, économisant des venues aux « guichets ».

Tout était donc réuni pour faire évoluer de façon assez profonde le regard et l'organisation de la relation physique avec les cotisants au sein des accueils des Urssaf.

Ces évolutions se sont traduites par des réponses coordonnées organisant les services à distance :

- une réforme de l'organisation de la gestion de la téléphonie entrante, visant à garantir une meilleure accessibilité (prise d'appels) et une réponse directe en ligne dans 80 % des cas ;
- le développement des services sur Internet, toujours à l'œuvre au regard des potentialités que les technologies permettent de plus en plus : meilleure orga-

nisation des informations (moteurs de recherche), simulateurs, possibilité de création de comptes en ligne permettant de disposer de services associés (accès à des pièces justificatives type attestations 24h/24, envoi de courriels avec PJ, etc.).

Le déploiement de l'accueil sur Rendez-vous est venu parachever la dynamique : en proposant un rendez-vous, les Urssaf examinent la nécessité de le tenir… ou pas ! Pour exemple en Rhône-Alpes, près de 75 % des demandes de rendez-vous (chiffres observés 2019) sont dans les faits traités sans que le cotisant n'ait besoin de se déplacer. Le rendez-vous est programmé lorsque cela est donc nécessaire, et préparé de façon plus complète et opérationnelle par les services, et *in fine* de façon plus efficace pour le demandeur.

Le service d'accueil sur rendez-vous est plébiscité par les cotisants. L'Urssaf Rhône-Alpes en tient effectivement environ 1 300 par an.

Pour autant et au-delà de l'efficacité des accueils sur rendez-vous, les Urssaf ont conservé des accueils « tout venant », permettant de traiter des situations d'urgence manifeste. L'Urssaf Rhône-Alpes gère ainsi 30 000 visites par an, chiffre en baisse régulière et continue.

L'ensemble de ces évolutions ne heurte pas la satisfaction vis-à-vis du service d'accueil qui reste élevée et mesurée annuellement par l'Acoss auprès du public.

1.2.1.2. Rencontrer l'Urssaf mais pas à l'Urssaf : le sujet de l'accueil « hors les murs »

Les Urssaf ne sont pas identifiées comme des acteurs du socle des Maisons France Service.

Toutefois, le sujet de prise de rendez-vous hors les murs de l'Urssaf a été pris en compte de façon ancienne, et fait aujourd'hui l'objet d'une réactualisation dans le cadre de la Transformation du Régime Social des Indépendants (RSI).

Historiquement, beaucoup d'Urssaf ont mis en place des partenariats avec les chambres consulaires (CCI, Chambre de Métiers) leur permettant d'intervenir afin d'accompagner les créateurs d'entreprises, et le cas échéant de tenir des rendez-vous personnalisés. Le réseau des caisses RSI était également très actif sur le sujet, et avait choisi de tenir des rendez-vous avec leurs assurés, chez des partenaires.

Le Schéma national de Transformation[12] demande aux organismes du régime général, notamment aux Urssaf, de pérenniser la logique en conservant ces possibilités de prises de rendez-vous dans les lieux de passage significatifs et en donnant une priorité à la tenue de ces rendez-vous chez les partenaires historiques que constituent les chambres consulaires.

D'autre part, ce schéma demande également que des accueils communs au profit des Travailleurs indépendants soient proposés dans les 28 villes qui hébergeaient les sièges des caisses ex RSI. L'Acoss a volontairement prévu un socle commun de services qui s'apparente sur le sujet aux maisons France Service, notamment en demandant aux Urssaf d'avoir une approche large de cet accueil en ayant la capacité de répondre à des questionnements des travailleurs indépendants qui concernent les

12 Arrêté du 24 avril 2018.

Caf, les Cpam, les Carsat ou les DDFIP, et à défaut de générer des prises de rendez-vous « rebonds » chez les partenaires. Ces accueils communs se mettent en place sur tout le territoire entre le 1er janvier et le 30 juin 2020.

I.2.2/ La prise en compte du territoire dans les actions de recouvrement et de contrôle

1.2.2.1. Recouvrement et accompagnement des difficultés de l'économie locale

Les territoires sont parfois affectés économiquement par des événements extérieurs imprévisibles. En permanence, les Urssaf ont à gérer des accompagnements de difficultés temporaires liées par exemple à des catastrophes climatiques ou accidentelles. En Rhône-Alpes, la fin de l'année 2019 a été marquée par des évènements très médiatisés, que ce soit le tremblement de terre et les inondations en Drôme et Ardèche[13], ou l'incendie de la pépinière de start up de Bel Air camp de Villeurbanne[14].

Naturellement, l'Urssaf accompagne les entreprises et entrepreneurs touchés par ces événements en échelonnant les paiements et en neutralisant les majorations de retard. Ces réponses doivent être immédiates pour être efficaces, et dans l'idéal coordonnées avec les partenaires (DDFIP, CMA, CCI etc.).

1.2.2.2. Contrôle et territoire

Les enjeux territoriaux des contrôles se présentent là encore sous des angles particuliers :

- montrer la présence sur le territoire ;
- déployer une pédagogie préventive ;
- faire cesser des comportements abusifs ou frauduleux.

De plus, il convient de souligner que les enjeux territoriaux des contrôles se concentrent sur le tissu des TPE et PME, représentant plus de 85 % des comptes entreprises en Urssaf, et sur les travailleurs indépendants (quelle que soit la forme juridique d'exercice de l'activité).

Deux formes de contrôles sont censées conjuguer leurs effets : les contrôles comptables d'assiette (CCA) et les contrôles liés à la Lutte contre le Travail illégal (LCTI), les contrôles étant opérés sur place ou sur pièces.

Probablement, les contrôles LCTI sont ceux dont l'enjeu territorial est le plus immédiat.

On observe en effet des pratiques professionnelles abusives ou frauduleuses dans des secteurs d'activité (NAF) et des zones géographiques qui peuvent essaimer par effet de mimétisme. Les acteurs économiques locaux sont connus, leurs pratiques également au sein de la profession.

13 La seconde quinzaine du mois de novembre 2019 a été marquée par des pluies et des inondations très importantes dans la Drôme, et un tremblement de terre a fait des dégâts considérables en Ardèche le 11 novembre 2019.

14 Le 8 octobre 2019, un incendie ravageait la pépinière de start up Bel air camp, logeant 58 start up de la région lyonnaise et plus de 350 entrepreneurs et salariés. Plus de 7000 m² de bureaux détruits.

La proximité et la connaissance de pratiques abusives et/ou frauduleuses participent de la perte de confiance dans le système de contrôle, mais aussi le développement de pratiques comparables.

C'est la raison pour laquelle l'enjeu de médiatisation des opérations de contrôle sur le territoire est si fort, qu'elles soient réalisées au niveau de l'Urssaf seule, ou au niveau des CODAF[15] avec les partenaires, sous l'égide du Préfet et du Procureur de la République.

Les activités saisonnières sur les territoires pour lesquelles les risques de non-conformité voire de fraudes sont plus élevées sont également un enjeu pour les services de contrôle en Urssaf. Ces derniers doivent en effet organiser des réponses appropriées au regard du déploiement intensif des activités sur 4 à 6 mois (typiquement en Rhône-Alpes, la zone alpine Isère, Savoie, Haute-Savoie l'hiver, la zone méridionale Drôme, Ardèche, Loire en été).

Là encore, l'équilibre est à trouver entre la pédagogie préventive visant à promouvoir les bonnes pratiques (avec les fédérations professionnelles, les partenaires etc.), et les opérations de contrôle sur le terrain.

Au total, par sa création originelle issue de services de caisses prestataires existantes sur le territoire (Caf et Cpam), et de par l'importance considérable accordée à l'égalité de traitement des cotisants, la dimension territoriale a relativement été limitée dans l'organisation des actions des Urssaf, mais pas absente pour autant. Sa prise en compte peut être dynamisée mais sous certaines conditions à examiner.

II- AUJOURD'HUI, LA TERRITORIALISATION DES ACTIONS DE L'URSSAF NE PEUT ÊTRE PENSÉE ET ORGANISÉE CONCRÈTEMENT QU'EN DIFFÉRENCIANT LES QUESTIONS DE « SERVICES » DE CELLES DE RECOUVREMENT ET DE CONTRÔLE. CETTE TERRITORIALISATION POURRAIT ALLER PLUS LOIN EN APPROFONDISSANT LES ANALYSES DE PERTINENCE ET DE PERFORMANCE DES ACTIONS À PARTIR DE CRITÈRES GÉOGRAPHIQUES, MAIS RESTERA NÉCESSAIREMENT LIMITÉE.

La question de la présence sur le territoire et des services de proximité ne se pose incontestablement pas de la même façon que pour les organismes prestataires (Cpam, Carsat, MSA). Cette présence et le contenu des services de proximité est en soi un sujet à travailler dans le contexte nouveau de Transformation du RSI et de mise en place des Maisons France Service.

Parallèlement, l'enjeu de la prise en compte des spécificités du territoire par l'Urssaf suppose de ré interroger à la fois l'articulation des actions avec les partenaires locaux, mais également l'analyse des zones d'emploi.

15 Comités opérationnels départementaux Anti-fraude.

II.1/ Proximité de services et services de proximité géographique : quelle ligne directrice pour les Urssaf ?

La fiche thématique 1 de la Cog Etat/Acoss 2018-2022 évoque naturellement la politique d'accueil de la Branche.

L'orientation proposée16 vise à :

- *faire évoluer la politique d'accueil pour développer la prise en charge sur rendez-vous, en proposant de nouvelles modalités de contacts adaptées aux besoins des usagers (accueil en face à face, visio accueil, RDV téléphoniques) ;*
- *enrichir les modalités d'accueil physique proposées par des pré-accueils et des bornes dans les accueils de services publics partenaires.*

À première vue, la Cog actuelle prolonge plutôt les orientations antérieures visant à éviter autant que possible les déplacements des cotisants, et en professionnalisant encore un peu plus les RDV physiques lorsqu'ils se tiennent.

La question de la relation aux partenaires est bien sûr incluse dans l'approche.

Il est assez intuitif et évident qu'on ne peut pas penser la présence territoriale et/ou des services de proximité géographiques de la même façon pour tous les profils de cotisants : les cotisants à « échelon local » (particuliers, TI, TPE/PME…) et les cotisants à « échelon national » (TGE, GE, VLU).

Les travaux sur le profilage des cotisants sont anciens et réactualisés par la Cog 2018-2022[17].

Le principe est simple et fondé sur le constat que les cotisants sont différents, et qu'il faut adapter la chaine du recouvrement et les offres de services à ces différences.

On le voit bien, le profilage permet ainsi de réfléchir à l'adaptation de la gestion de cotisants *a priori* de façon indifférente au territoire !

La Branche recouvrement a toujours tenté de tenir compte des spécificités de certains cotisants pour organiser une offre de services dédiée. C'est le développement des centres nationaux, particulièrement le Centre national de traitement du chèque emploi service universel (CnCESU) à partir de 1994[18] ou, à l'opposé des particuliers employeurs, les produits et services dédiés aux grandes et très grandes entreprises comme on l'a vu plus haut.

Au cours de la période 2018-2022, cela reste un sujet d'actualité de la Branche lié à deux grands projets organisationnels :

- la décision d'évolution de la gestion des Praticiens et Auxiliaires Médicaux (PAM) pour lesquels 12 centres de gestion sont prévus à horizon 2022 en lieu et place de la gestion par les 22 Urssaf ;
- la construction d'une ligne de produits et de services adaptée aux travailleurs indépendants dans le cadre du projet de transformation du RSI et de sa prise en compte par la Branche recouvrement.

16 Cog Etat Acoss 2018-2022 page 10.
17 Voir particulièrement la fiche thématique 1 relative aux services accessibles, adaptés et innovants.
18 On peut également citer le Centre gérant le chèque emploi associatif.

Enfin, émerge une nouveauté méthodologique dans la façon dont se construisent les services à distance, à savoir l'intégration beaucoup plus affirmée et concrète de l'expérience utilisateur (Ux) et des usages des outils et services (design) pour répondre de façon moderne à ce défi.

L'enjeu est simple et prolonge l'approche de la Branche privilégiant le déplacement utile : avoir un bouquet de services en ligne simples, immédiats et effectifs (accessibles et opérationnels quel que soit le média de connexion utilisé : ordinateurs, tablettes, smartphones).

Sur cette base, on pourra avancer ensuite sur la définition et l'organisation des services de proximité géographiques en prenant en compte 4 critères :

- les différences de profil de cotisants ;
- le contenu et la qualité des services en ligne, différenciés par profil de cotisants, ce qui suppose aussi de prendre en compte la fracture numérique encore existante, et de proposer des réponses adaptées[19] ;
- la présence ou pas d'un tiers-déclarant dans la relation avec l'Urssaf, mandaté par le cotisant (expert comptable majoritairement, même si d'autres tiers de gestion existent par exemple dans le secteur des services à domicile). Les cabinets d'expertise comptable attendent des services adaptés à leur situation de tiers expert mandaté autour de trois offres de services majeures :
  - une ligne téléphonique dédiée, couplée avec une adresse courriel spécifique ;
  - des séances d'échanges réguliers autour de sujets de préoccupation technique ou de nouveautés (par exemple l'offre de webinaires déployée par l'Urssaf de Midi-Pyrénées) ;
  - des services en lignes plus orientés vers leurs besoins : des évolutions nationales sur ce point sont attendues au cours de la Cog 2018-2022 ;
- la nécessité de réfléchir à des services coordonnés avec les partenaires (modèle des Maisons France Service ou de l'accueil commun pour les travailleurs indépendants à mettre en place par le réseau des Urssaf au cours du premier semestre 2020).

Autrement dit, la Branche est confrontée exactement au même défi que celui évoqué par la Poste dans ses propres analyses de positionnement stratégique : répondre de façon concrète à la dialectique « lieu/lien » pour la dépasser.

C'est en pensant aux liens et leurs modalités pratiques, qu'on en déduit les services associés aux lieux.

19 Inégalités dans l'usage et l'accès aux technologies de l'information et de la communication comme les téléphones portables, l'ordinateur ou le réseau internet (rapport de la commission pour la libération de la croissance française, 2008). Un exemple concret de réponse à ce défi est la promotion d'outils comme la tablette Ardoiz proposée par le réseau de la Poste et permettant d'accéder de façon simple aux services numériques.

II.2/ Recouvrement, contrôle et sécurité juridique : comment renforcer les actions de l'Urssaf sur son territoire en intégrant mieux les analyses des zones d'emploi ?

II.2.1/ Recouvrement amiable et forcé, actions de sécurisation juridique et contrôle : les enjeux du renforcement de la relation au territoire et aux partenaires

Il faut combiner plusieurs engagements de la Cog, présents dans plusieurs fiches thématiques pour avancer un peu plus loin, et mieux caractériser ce qui peut guider la présence de l'Urssaf et de ses services sur le territoire.

En effet, la Cog affirme de façon claire trois ambitions :

- les Urssaf jouent un rôle dans le soutien de l'activité économique en facilitant sa création, en accompagnant les moments de difficulté ou à l'inverse d'essor rapide (start up) et en garantissant une sécurisation juridique et financière des cessations d'activité ou de transmissions. Beaucoup d'actions concrètes viennent traduire cette ambition ;
- les Urssaf doivent réussir la transformation du RSI, or le besoin de services de proximité des travailleurs indépendants apparait souvent un peu supérieur aux entreprises ;
- les Urssaf doivent inverser la posture de la relation, en étant plus pro actives vers les acteurs du tissu économique et les employeurs.

Lorsqu'on relie ces trois ambitions et que l'on questionne la présence territoriale, le sujet devient donc celui de la pertinence de la projection territoriale de collaborateurs et de son organisation.

Prenons l'exemple du soutien à la création d'entreprise et des pépinières de start up. Sous l'effet d'incitation forte des Pouvoirs publics et du label French tech[20], le questionnement de positionner des collaborateurs des Urssaf en accès physique direct dans les lieux utiles porteurs de sens dans les pépinières de start up se pose incontestablement.

Plusieurs Urssaf ont pris le virage, sur le modèle de l'Urssaf Ile de France à la station F, campus parisien de start up créé en 2017 par Xavier Niel.

Autre exemple celui des accompagnements d'entreprises en difficulté avec l'incendie de Bel Air camp (cf. plus haut) : il s'est agi pour l'Urssaf Rhône-Alpes d'être physiquement présente, avec tous les partenaires publics et privés, pour recevoir les représentants de toutes les start up, et d'analyser avec chacune d'elles les modalités de suivi.

Autrement dit, le défi proposé aux Urssaf en termes de présence territoriale (au-delà de ses accueils dans ses sites), c'est celui de la réactivité (pouvoir se projeter quasi instantanément sur le territoire en lien avec tel ou tel événement) et de la coordination avec les partenaires présents, qui vont au-delà des partenaires classiques de la Branche (chambres consulaires, fédérations professionnelles) en prenant en compte les pôles de compétitivité, les clusters et les campus sur le modèle Station F.

20 Label attribué à des pôles métropolitains reconnus pour leur éco système de start up. Pour aller plus loin, lafrenchtech.com

Si l'on va plus loin dans le raisonnement, et que l'on intègre le souhait des pouvoirs publics d'intervenir le plus en amont possible des difficultés des entreprises, et de façon coordonnée entre les acteurs publics (par exemple le projet en cours d'expérimentation de détection de signaux faibles de difficultés), il apparaît incontournable pour les Urssaf d'avancer dans deux directions :

- intégrer la dimension territoriale (zones d'emploi) dans les analyses de détection pour évaluer leur apport à la compréhension des tendances économiques ;
- mieux comprendre les acteurs publics qui ont une politique territoriale plus affirmée et examiner l'intérêt de se rapprocher d'eux et de développer de nouvelles liaisons. Sur ce point, on peut citer des partenaires « classiques » des Urssaf mais avec lesquels les liens pourraient être rénovés (Direccte, pôle Emploi, tribunaux de commerce), et également des partenaires avec lesquels les liaisons sont moins fréquentes voire inexistantes (services économiques des Conseils régionaux, services d'analyse de BPI France, etc.).

Cette question de politique du recouvrement et d'articulation avec les interventions des partenaires pose *in fine* la question de l'organisation des services de l'Urssaf sur son territoire et des délégations d'action au niveau local, et aussi celle du rôle éventuel que peuvent jouer les conseillers départementaux comme relais des organisations professionnelles sur le territoire.

Côté Contrôle, le raisonnement est extrêmement proche sur le sujet de la lutte contre les fraudes, à savoir dynamiser les analyses comportementales et les partenariats :

- la compréhension plus fine des pratiques professionnelles des secteurs d'activité sur le territoire pour mieux cibler les comportements abusifs et frauduleux ;
- l'articulation des interventions avec les autres partenaires des CODAF pour optimiser les ressources et avoir une résonance pédagogique plus forte localement.

II.2.2/ Pour des analyses plus fines des économies locales par leur distribution sur le territoire et les atypies qu'elles contiennent

En comprenant mieux les dynamiques territoriales en cours, l'idée est de mieux organiser les interventions de soutien à l'activité économique, enjeu clairement exprimé de la Cog 2018-2022.

Comme on l'a vu précédemment, la dimension territoriale n'a pas été la clé d'entrée des politiques de sécurité sociale historiquement.

Aujourd'hui, au moins deux évolutions doivent être prises en compte qui conduisent à faire émerger le sujet géographique :

- le développement d'activités périphériques à celles motrices d'un territoire autour de sous-traitances, le modèle des plateformes utilisant des micro-entrepreneurs relais, et le modèle des start up concrétisant cette nouvelle économie « souple » ;
- le regroupement des dynamiques de soutien et de services à l'économie autour de pôles (modèle French tech : Station F à Paris, H7 à Lyon, etc.).

L'analyse géographique de l'économie locale n'est pas absente en Urssaf. Les données d'observation issues des bases de données de la Branche permettent de caractériser les tendances, et de les rapprocher avec celles des partenaires notamment dans des instances officielles de type CODEFI ou COMEXECO.

Les plans de contrôle sont également organisés en tenant compte des zones d'emploi INSEE, à partir du nombre de SIREN et des masses salariales à contrôler regroupés dans les codes des communes des zones considérées. La cartographie présente de l'intérêt pour organiser les activités contrôle particulièrement les contrôles comptables d'assiette, mais ne permet pas une visualisation fine des enjeux à l'intérieur des zones.

On peut avancer l'idée qu'on pourrait aller plus loin dans les analyses en regardant de plus près les données économiques en les distribuant par codes « communes ».

L'Urssaf Rhône-Alpes a ainsi présenté à la Branche à l'été 2017 des travaux sur le sujet à l'occasion de la préparation de la Cog 2018-2022.

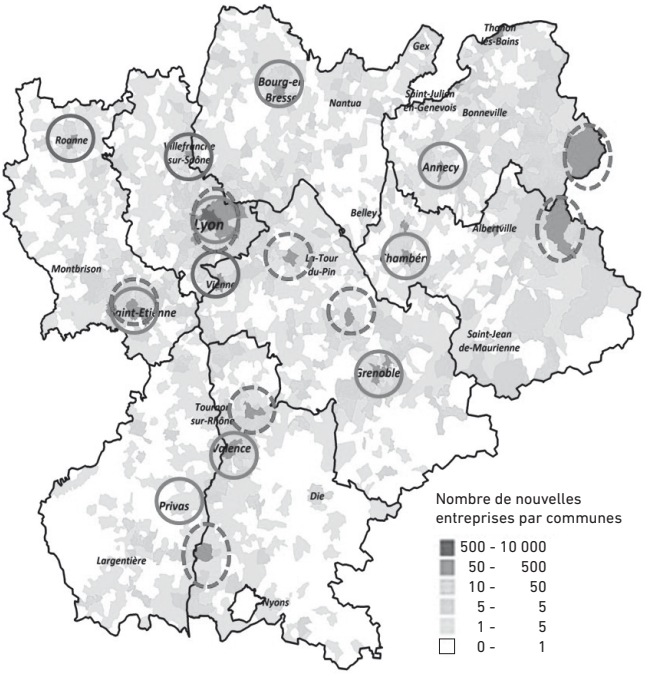
L'ancienne région administrative Rhône-Alpes compte 2 900 communes.

La méthodologie retenue pour les travaux a écarté les grandes et très grandes entreprises pour se concentrer sur le tissu économique de proximité (travailleurs indépendants, TPE et PME), et a consisté à poser des questions simples, en regardant si la réponse actuelle de l'Urssaf en termes de présence territoriale (avec des services de proximité) ou d'actions de recouvrement/contrôle avait du sens ou pas.

Trois exemples sont repris ici pour montrer en quoi l'approche géographique questionne les modes d'action.

Exemple 1

Rapprochement entre les créations d'entreprise et la localisation des sites actuels de l'Urssaf : faut-il se projeter sur d'autres zones du territoire ?



Méthodologie

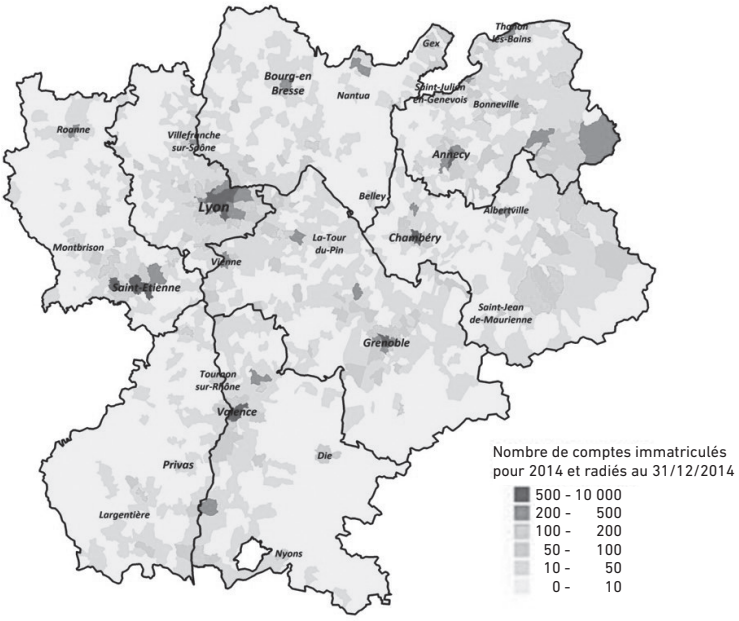
La carte des jeunes entreprises est approchée par le nombre d'établissements actifs de moins de 18 mois ayant déclaré au moins 1 salarié sur le 4ème trimestre 2016. Base 827 uniquement. Source Sas.

Conclusion : un tiers des 15.000 jeunes entreprises s'est créé dans 15 communes. Naturellement (on s'y attendait), il n'y a pas de corrélation systématique ente la localisation des sites d'accueil de l'Urssaf (en trait plein) et les communes concernées (en pointillés). Question : faut-il définir une politique de présence « hors les murs », et avec quel contenu et quels partenaires ?

Exemple 2

Les échecs de l'entrepreneuriat appellent-ils des actions particulières de l'Urssaf, et si oui vers quels partenaires ?

Carte des travailleurs indépendants



Méthodologie

Localisation des comptes cotisants dont la 1ère immatriculation auprès de l'Urssaf Rhône-Alpes a eu lieu après le 1er janvier 2014 et qui sont radiés au 31 décembre 2016.

Conclusion : les 10 premières communes concentrent entre 27 % (travailleurs indépendants) et 29 % (entreprises) des comptes concernés.

Là encore, la question est celle d'une analyse croisée avec les partenaires du territoire pour consolider le diagnostic, et mettre en œuvre des réponses utiles pour réduire de façon significative les échecs de l'entrepreneuriat.

Exemple 3

Existe-t-il des zones atypiques de tension de trésorerie au sein des segments de cotisants ?

Carte des travailleurs indépendants

Méthodologie

Ratio « Nombre de travailleurs indépendants ayant eu 3 délais de paiement des cotisations accordés au cours des 24 derniers mois/Nombre de comptes TI », système d'informations de l'Urssaf Rhône-Alpes – Source Sas.

Conclusion : la carte met en évidence des atypies sur certaines zones qui peuvent être analysées par les services de recouvrement amiable. Mais ces atypies prennent leur sens parce qu'on a porté le regard au niveau des codes communes, et donc de façon plus fine que les zones d'emploi INSEE.

La géographie du recouvrement conduit ainsi à interroger de façon plus fine, et parfois nouvelle :

- la question des services pro-actifs et de proximité vers les cotisants ;
- les priorités des politiques de recouvrement amiable et forcé ;
- les ciblages des politiques de contrôle, notamment LCTI.

Cet apport des données statistiques doit nourrir les analyses des gestionnaires, pour améliorer la pertinence et les performances des actions de recouvrement et de contrôle, mais aussi pour cibler les nouveaux services, en croisant les critères et en identifiant les atypies, ou à l'inverse les corrélations.

Ces analyses doivent être structurées par une méthode de travail de type « revue de politiques » permettant de présenter les actions et les résultats en les ayant distribués par codes communes.

Pour autant, la prise en compte des territoires, si intéressante et utile qu'elle soit, présente aussi des limites dont il faut être conscient et qu'il faut dépasser :

- géographiquement, l'approche statistique actuelle des zones d'emploi ne permet pas d'approcher les territoires infra communaux (ce qui peut questionner la pertinence des analyses pour les métropoles importantes), et à l'inverse tient peu compte des bassins d'activité transfrontaliers. Sur ce dernier point, la Branche recouvrement est par exemple attendue sur les sujets de recouvrement à l'étranger ;
- numériquement, les enjeux des investigations sur ce nouveau territoire de commerce, d'activités et de transactions qu'est le territoire numérique, sont colossaux. On pourrait en dire autant des fraudes utilisant les services en ligne, qui elles aussi dépassent complètement les territoires physiques.

II.2.3/ Pour autant utile qu'elle soit, l'approche territoriale des actions de l'Urssaf trouve des limites liées à la nature même des activités économiques « déterritorialisées ».

Comme on l'a vu, le renforcement de la vision territoriale de l'Urssaf passe nécessairement par la définition d'une ligne de services de proximité géographique et le développement d'actions de recouvrement et de contrôle prenant mieux en compte les données géo-économiques locales.

Au-delà, la Branche doit assumer pleinement une forme « d'éloignement » du territoire, et son dépassement pour une double raison :

- l'essor des services en ligne (à distance), plébiscités par les usagers de service public, même si le sujet de la « fracture numérique » devra trouver des réponses (cf. *supra*) ;
- le développement très appuyé des activités économiques qui ne sont pas territorialisées.

Ce dernier sujet trouve lui-même plusieurs expressions :

  - celle des activités transnationales, au sein des pays de l'Union européenne, et pour certaines entreprises à l'échelle mondiale. La Branche recouvrement est confrontée à la complexité de la prise en compte de ces activités à la fois du point de vue du recouvrement (notamment forcé) mais également du contrôle ;
  - celle des activités se développant en ligne, autour du e-commerce et des e-services, activités rassemblées sous le vocable de « l'économie numérique ». Des rapports publics décrivent l'essor important de cette économie (Conseil d'analyse économique, Assemblée nationale, OCDE etc.) et questionnent bien sûr plusieurs droits français et leur activation concrète : droit fiscal, droit du travail, droit de la sécurité sociale etc. Pour la première fois en 2019, les ventes sur internet en France ont dépassé

> 100 milliards d'euros (soit une multiplication par 4 en 10 ans), et l'usage des smartphones pour réaliser les transactions explose.[21]

Ce constat conduit par conséquent les Urssaf et la Branche recouvrement à considérer en même temps le territoire de proximité, et le territoire monde et/ou numérique et à imaginer les réponses adaptées aux deux configurations, dans l'ensemble des sujets passés en revue dans cet article : relation de service, recouvrement, contrôle et lutte contre les fraudes.

Il va de soi que ces réponses devront être partagées avec des partenaires institutionnels confrontés aux mêmes sujets, particulièrement la DGFIP.

On peut conclure que le territoire a bien une réalité à prendre en compte par les Urssaf, pour mieux accompagner l'économie « locale » et ses acteurs, en lien cohérent avec différents partenaires. Cette prise en compte est réelle même si elle peut encore être ajustée. Mais en même temps, les Urssaf doivent également organiser des réponses adaptées aux défis des mutations de l'économie moderne qui, soit dépassent les territoires locaux, soit les ignorent complètement.

21 Données Fédération du e-commerce et de la vente à distance, 5 février 2020.

PARTIE D : ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE ET TERRITOIRES

L'action territoriale des Caf : entre repositionnement et rééquilibrage

Par **Julien Orlandini,** directeur de la Caisse d'allocations familiales (Caf) du Var

Julien Orlandini est Directeur de la Caf du Var depuis novembre 2017 après avoir exercé près de 5 ans à la Cnaf en tant que Directeur Adjoint du réseau. Son parcours s'est construit au sein de la Branche famille depuis 2002 dans une alternance entre les ressources humaines et l'offre de services. Il intervient régulièrement à l'EN3S et a œuvré pendant près de 10 ans à la préparation à l'EN3S au sein de l'IEP d'Aix-en-Provence.

Les Caf ont longtemps joué un rôle d'ensemblier, d'animateur de réseaux partenariaux et de développeur d'équipements et de services au plus près des territoires et des publics.

Ce positionnement a pu être percuté par plusieurs facteurs. Au regard des besoins exprimés par les citoyens, de la crise de légitimité des services publics, des difficultés de certains territoires dans une France « archipel », les Caf ont l'occasion de réaffirmer leur référentiel d'intervention.

- *Elles doivent rester un acteur de proximité au cœur des territoires de vie.*
- *Leur action n'a de sens que si elle intervient en complémentarité avec ces partenaires, notamment de la protection sociale, pour accompagner les parcours, les transitions et les ruptures de vie en complémentarité avec leurs partenaires. À ce titre elles évoluent pour développer de plus en plus l'accès aux services au-delà de l'accès aux droits, l'intervention territoriale au-delà de l'approche populationnelle.*
- *Leur singularité réside dans le fait qu'elles agissent sur tous les territoires, pour prévenir et activer, même si elles sont attendues dans des actions ciblées dans les*

quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). C'est notamment un acteur clé de la cohésion sociale dans la ruralité ou la péri-urbanité.

- *Leur modèle évolue ou doit évoluer au rythme des besoins des citoyens : au cœur de la solvabilisation des revenus mais de plus en plus en affirmant un rôle d'investisseur social et de redistribution territoriale.*

La relation entre les Caf et les territoires a longtemps été fluide et évidente. C'est en effet la branche famille qui a investi le plus dans le développement social local et qui a mené une action sociale territoriale, **la conduisant à jouer ce rôle d'ensemblier et d'animatrice de réseaux partenariaux au plus près des besoins et des publics**.[1]

Les Caf ont aussi largement pu s'appuyer sur les contrats temps libre (en 1998) et enfance transformée ensuite en contrats enfance/jeunesse (CEJ) qui reposaient sur un diagnostic partagé avec les collectivités territoriales. Dans le cadre de leur politique d'action sociale, les Caf participent au développement et au soutien de services et d'équipements collectifs de proximité. La définition nationale des modalités de financement garantit aux familles une équité d'accès aux services tout en donnant la place à une impulsion locale pour prioriser les territoires les moins bien pourvus et développer une offre adaptée aux bassins de vie des familles.

Elles disposent généralement d'une compétence cartographique assez poussée, grâce à leurs expertises socio-économiques.

Enfin la dimension territoriale de leur action repose à la fois sur un réseau d'accueil dense et en proximité, sur une dynamique d'accès aux droits (la « gestion sociale des prestations ») et sur des équipes de travailleurs sociaux et de conseillers techniques/territoriaux en projection sur les territoires.

Bien entendu, la confirmation de l'ancrage départemental des Caf favorise leur inscription au cœur des territoires, amplifiée par le maintien de dotations locales d'action sociale que les Conseils d'administration tiennent à mobiliser en fonction des spécificités des territoires départementaux ou infra-départementaux. **Le principe de subsidiarité préside largement à l'action des Caf** ou est régulièrement invoqué par ses dirigeants dans la relation avec la Cnaf, et les modalités de pilotage et d'animation du réseau.

Toutefois plusieurs facteurs ont conduit à ré-interroger l'inscription territoriale des Caf et à la soumettre parfois à des critiques sur un éloignement des territoires de vie :

- le renforcement du pilotage national, avec le développement des mutualisations et services nationaux et le transfert de certaines activités ;
- la crise de production de 2013 conduisant à se focaliser sur le service de base qu'est le paiement rapide, juste et régulier des droits, parfois au détriment des approches populationnelles (parcours attentionnés) et territoriales. Le besoin de renforcement des effectifs de production s'est traduit par des arbitrages de gestion défavorables aux ressources d'ingénierie, d'accompagnement ou d'observation sociale ;

1 « Le DSL, élément pour une nouvelle stratégie des Caf » in Jean-Louis, Haurie, « Le développement social territorial – Une stratégie de modernisation de l'action des Caf inscrite dans la durée », *Recherches et prévisions*, 2005.

- l'émergence d'un « territoire numérique » qui déplace la relation avec le citoyen au-delà de la zone de vie sociale ou du bassin de vie. Ce qui s'applique aussi bien pour la relation de service que pour l'action sociale, si on prend l'exemple des promeneurs du net ;
- la mise en place d'un socle national d'interventions sociales accompagnée d'une bascule vers le travail social individuel et conduisant à réduire les actions collectives ou de développement social local (DSL), celles-ci n'étant plus ou partiellement comptabilisées dans la mesure de la charge ;
- une action sociale plus administrée que territoriale, avec une multiplication de dispositifs et de conventionnements. Le CEJ est une incarnation d'une logique plus financière que territoriale mais c'est aussi le cas des objectifs quantitatifs de créations de places de crèches ou d'implantations de services lors des dernières Cog.

L'inscription au cœur de la Cog 2018-2022 d'un nouveau modèle de production du service, la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté ou l'évolution de la géographie territoriale imposent un nouvel équilibre dans la relation entre les Caf et les territoires. Celui-ci est d'ailleurs fortement impulsé dans les orientations stratégiques 2017-2027 de la Branche famille qui affirment que les Caf doivent « *investir pour les allocataires dans les territoires* », « *participer au développement local et au rééquilibrage territoria*l », être un « *régulateur au cœur des partenariats de proximité* » en contribuant à l'égalité des territoires et à la lutte contre leur dévitalisation. Les Caf se doivent « *d'impulser le dialogue sur leur territoire* » et d'agir vis-à-vis des partenaires pour œuvrer à la structuration des politiques familiales et sociales.

Il s'agit ici d'affirmer que les Caf ré-investissent le territoire (I), avec des modalités d'intervention renouvelées (II) et un rôle qui peut être repensé et plus affirmé au cœur des parcours de vie des personnes et de l'aménagement du territoire (III). Ce qui implique de nouvelles compétences et modalités d'action (IV).

I - LE RETOUR AU(X) TERRITOIRE(S)

Il peut être confirmé aujourd'hui que les Caf ré-investissent le territoire pour trois raisons.

- **Car les politiques publiques s'appuient largement sur elles pour réduire les inégalités territoriales :** c'est ainsi le cas de la stratégie pauvreté et la focalisation particulière faite sur les quartiers politique de la ville avec la création attendue de 300 centres sociaux ou la mise en place de crèches. C'est aussi le cas du commissariat général à l'égalité des territoires qui attend une forte mobilisation de la protection sociale et notamment des Caf dans la mise en place de services de proximité, avec les maisons France service.[2]

  La Cog 2018-2022 incarne nettement cette prise en compte de la redistribution territoriale avec de nouveaux instruments différenciant qui font suite aux fonds publics et territoires : la généralisation des Conventions Territoriales Globales

2 Circulaire du 01/07/2019, N°6094-SG relative à la création des maisons France Service.

(voir *infra*), le déploiement de bonus territoriaux, la modulation des financements pour la petite enfance, le développement prioritaire d'espaces de vie sociale et des autres équipements et services dans les territoires où le besoin de cohésion sociale est le plus fort, etc. On se situe dans une logique d'équité plus que d'égalité du service, avec un rôle d'investisseur social qui implique d'agir au plus tôt là où les inégalités réelles sont les plus fortes. La Caf est pleinement légitime pour favoriser l'égalité entre territoires.

- **Car les citoyens formulent ce besoin de proximité des services publics et plus largement de services sur leurs territoires.** Or la mission des Caf est bien de favoriser la cohésion sociale, le « vivre ensemble » et l'aménagement social du territoire. Les diagnostics territoriaux les conduisent à prioriser leurs actions avec un maillage très fin, dans les territoires « carencés » en équipements et services. La crise des gilets jaunes ne fait que renforcer les obligations des Caf car elle a bien révélé ce sentiment d'éloignement et d'insuffisance de services. Cette crise de légitimité implique à la fois de « revenir aux territoires », d'associer les parties prenantes et de faire la pédagogie de l'action des Caf. En effet leurs interventions ne sont pas connues ce qui renforce le non-consentement à la solidarité. Qui sait que les Caf financent à plus de 40 % le fonctionnement des crèches ? Qui sait encore que les tarifs des crèches sont proportionnels car les Caf les financent à travers la prestation de service unique (PSU) ? Qui a connaissance du rôle des Caf auprès des associations pour proposer des services aux parents ou des projets pour les jeunes ? Communiquer, rencontrer les habitants au plus près des lieux de vie, investir dans la proximité avec l'école et les lieux où se trouvent les parents, c'est agir pour la citoyenneté sociale et conforter la protection sociale.
- **Car l'entrée territoriale est redevenue pertinente dans une stratégie d'accès aux droits et aux services revisités**. La Cog 2018-2022[3] a d'abord remis au centre de leur action la lutte contre le non-recours mais aussi l'accompagnement des personnes dans leurs démarches. Elle s'appuie pour cela sur la mise en place d'un nouveau modèle de production du service (NMPS) qui doit conduire à une automatisation plus importante pour dégager ainsi des marges de manœuvre pour le conseil et l'accompagnement. Ce nouveau modèle s'appuie sur la dématérialisation, ce qui implique aussi de mieux expliquer les variations des droits, de mieux projeter les évolutions liées à des changements de situation ou de mieux accompagner l'usage du numérique. La branche famille est devenue un acteur pivot (et pas pilote) de l'inclusion numérique et elle peut être un acteur pivot de l'accompagnement vers, dans et hors la prestation. Or ces rôles, s'il est logique qu'ils soient modélisés et outillés nationalement, impliquent d'agir au cœur des territoires. Ce n'est que par la dynamique du territoire que peut se mettre en place un accueil social inconditionnel, en s'appuyant sur les ressources associatives ou institutionnelles. Ce n'est aussi qu'à partir d'un partenariat avec une intercommunalité soutenue par des conventions départementales avec Pôle emploi et (ou) le conseil départemental que la Caf peut organiser une politique structurée de levée des freins à l'emploi, avec la mobilisation des acteurs locaux.

3 Fiche thématique N°8- Développer l'accès aux droits.

II - NOUVEAUX TERRITOIRES, NOUVELLES MODALITÉS D'INTERVENTION

Les Caf sont, comme d'autres partenaires, confrontées aux évolutions de l'organisation territoriale, notamment sous l'effet de la loi Notre. Cela se traduit par l'adaptation de son action à l'émergence de l'intercommunalité ou à l'affirmation de la compétence de la région en matière de jeunesse. Cela la conduit aujourd'hui à faire face à une attente de services au niveau des cantons alors que la prime d'activité avait conduit à développer des points d'accès numériques dans chaque bassin de vie.

Elles doivent également situer leur action à une échelle nationale dans le cadre d'une organisation du réseau qui a conforté des services nationaux que chaque Caf peut potentiellement porter (téléphone, numérisation, ARIPA, etc.).

De fait les interactions sont multiples et les acteurs/ partenaires nombreux, ce qui implique de repenser leurs modalités d'intervention pour préserver une cohérence de l'action.

Le déploiement des CTG constitue le cœur de cette nouvelle stratégie et incarne largement la nouvelle doctrine d'intervention des Caf.

Une approche partenariale actualisée : « le territoire coordonné »

Les Caf ont tout intérêt à construire des alliances avec leurs partenaires de la protection sociale. **D'abord car les citoyens le demandent afin de ne plus être victimes de la complexité du paysage administratif et de l'absence de fluidité de leurs parcours lorsqu'ils impliquent des interactions entre plusieurs institutions.** Ensuite car les contraintes de gestion exigent une mutualisation des efforts et des présences sur le territoire. Enfin car il vaut mieux choisir que subir et qu'il est dommageable que les coordinations entre acteurs de la protection sociale soient élaborées et exigées par l'État (maisons France service, PNDS, etc.) notamment sous l'égide de la DITP.

Ces conventionnements bilatéraux ou multilatéraux sont indispensables et se mettent progressivement en œuvre.

C'est ainsi le cas avec l'accès aux droits et aux services, plusieurs organismes de sécurité sociale s'alliant entre eux et avec le conseil départemental autour d'appels à projet sur l'inclusion numérique.

C'est aussi émergent entre la Caf et la MSA, dans le cadre des conventions territoriales globales dans les territoires ruraux, autour de la présence sur le territoire par le soutien des Caf aux « MSAP by MSA » ou encore avec des appels à projet coordonnés sur la jeunesse ou la parentalité. Ce partenariat est porteur de sens pour « faire proximité ensemble ». La MSA a endossé ce rôle d'institution du « dernier kilomètre » mais les Caf peuvent largement incarner cette proximité, en étroite complémentarité.

Les Caf s'engagent également de plus en plus régulièrement dans un partenariat avec Pôle emploi, en cohérence avec la liaison étroite entre action sociale et emploi, dans la mesure où elles accueillent et accompagnent des publics communs et au titre de l'impératif d'insertion professionnelle et de levée des freins à l'emploi.

Enfin, deux autres perspectives mériteraient d'être au cœur des orientations des Caf tant elles sont porteuses d'améliorations pour les personnes, dans leurs parcours de vie.

- **Une stratégie conjointe d'accès aux droits et aux soins entre les Cpam et les Caf**

  D'une part la Caf peut mettre à disposition de la Cpam son réseau d'acteurs locaux (crèches, centres sociaux, lieux d'accueil enfants/parents, etc.) pour détecter le non-recours aux soins, orienter vers la Plate-Forme d'intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (Pfidass) ou porter des messages de prévention. D'autre part les contacts proactifs ou actions territoriales auprès des personnes ciblées au titre du non-recours aux droits peuvent être utilement mis à profit pour une orientation vers la Pfidass et inversement les prises en charge Pfidass peuvent favoriser une orientation vers la Caf, en cas de séparation ou de perte d'emploi pour déclenchement des parcours attentionnés. Sans parler de la connexion naturelle entre les CTG et les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé).

- **La mise en place de référents de parcours dans le cadre d'une coordination entre les organismes de protection sociale.** L'accompagnement des publics est largement catégorisé, or il doit se construire à plusieurs sur un territoire. Le numérique aide progressivement à internaliser ou masquer la complexité réglementaire, mais le citoyen subit la complexité du paysage administratif. **Il est urgent de mettre effectivement en œuvre le référent de parcours par répartition entre organismes de protection sociale en fonction de leurs missions et expertises** (ex : à la branche famille la séparation, à Pôle emploi, la réinsertion après congé parental etc.). Ce référent jouera le rôle du « médecin traitant » en assurant la première prise en charge, le « giratoire des droits », le diagnostic d'autonomie numérique, une réponse complète sur un événement de vie et la bonne orientation vers un spécialiste/expert d'une institution ou d'une autre si besoin. Ce qui pourrait favoriser ce qui reste aujourd'hui un horizon peu dépassable, la complémentarité des aides extra légales et l'amélioration de leur lisibilité pour les publics. Comment ne pas espérer une conférence des financeurs autour des règlements intérieurs des aides financières individuelles, afin de les harmoniser ?

- **Une approche globale, décloisonnée**

Les Caf portent dans les schémas départementaux des services aux familles (SDSF) et dans le cadre des CTG une approche globale de leurs interventions, en s'appuyant sur un diagnostic territorial complet qui associe de plus en plus les personnes elles-mêmes.

De l'inclusion numérique à l'habitat, de l'animation de la vie sociale à la parentalité, les Caf disposent d'un panel d'interventions et de dispositifs d'appui aux collectivités territoriales. Elles ont une capacité d'ingénierie territoriale qui est un atout pour favoriser le développement des services. Elles jouent enfin un rôle essentiel dans la création du lien social aussi bien dans les zones rurales qu'urbaines, via les structures d'animation de la vie sociale.

La richesse de leur fichier, leur capacité croissante d'exploitation grâce au *datamining* et leur posture d'*open data* méritent d'être mieux valorisées. **Les Caf disposent d'un positionnement privilégié d'observation sociale qui est essentiel pour en faire un acteur stratégique et crédible vis-à-vis des collectivités territoriales.** Le déploiement de Filoue (fichier localisé des utilisateurs d'EAJE) en est une illustration caractéristique en apportant une vision fine des enfants et des parents accueillis dans les accueils collectifs et en permettant de corroborer les orientations stratégiques : effectivité de l'accueil des enfants de ménages à bas revenus, réalité du non-recours aux modes de garde, parcours des parents, etc.[4]

Elles ont tout intérêt à associer d'autres partenaires (Pôle emploi, MSA, Cpam, Éducation nationale, ARS) à ces CTG pour étendre encore les champs d'intervention et incarner ensemble une protection sociale complète et reliée. Emploi et petite enfance, santé et solidarité, scolaire et périscolaire, sont autant de liens évidents pour assurer des continuités dans les parcours des personnes et des enfants.

À ce titre on peut se questionner sur la multiplication des contractualisations locales, entre contrats locaux de santé, CTG, contrats de ruralité, contrats de ville etc. Leur mise en cohérence est très difficile à mettre en œuvre. Les Caf ne peuvent à elles seules favoriser cette coordination mais elles incarnent une intervention dans tous les territoires, au titre de la prévention et de l'universalité, même si des ciblages sont possibles sur des vulnérabilités populationnelles ou territoriales particulières (monoparentalité, QPV). C'est en soi un atout aux côtés de l'État qui intervient dans le cadre de la politique de la ville, parfois au risque de renforcement des « frontières » entre territoires.

Ces inflexions associées à une faible connaissance de leurs missions conduisent à s'interroger sur l'opportunité d'un nouveau positionnement des Caf, qui ne se résume pas à son seul rôle d'opérateur, de caisse, au sens de la délivrance des prestations et de la solvabilisation des ménages. Une communication de marque plus active pourrait être organisée, à partir du déploiement des CTG. Elle valoriserait ce rôle d'acteur de proximité : proximité des personnes car les Caf sont un acteur clé de leur parcours de vie, proximité des territoires car les Caf, inscrites dans une compétence départementale, sont un acteur économique et social, au cœur de l'aménagement des territoires.

III - AU CŒUR DES TERRITOIRES, UN ENJEU DE POSITIONNEMENT ET UN NOUVEAU RÔLE POUR LES CAF

III.1/ La Caf acteur économique et contributeur de l'insertion professionnelle

La Caf opérateur verse plus de 80 milliards d'euros à destination des ménages, ce qui a un effet solvabilisateur évident.

Elle est reconnue comme un acteur clé de la redistribution et de la réduction des inégalités[5], ce qui explique d'ailleurs qu'elle ait été choisie pour mettre en œuvre, par

4 « Analyse locale du recours aux modes d'accueil destinés aux jeunes enfants : l'exemple de Toulon et la Seyne-sur-Mer », *L'e-essentiel* N°188-2019.

5 « Les effets redistributifs des réformes récentes des politiques sociales et familiales », *L'e-essentiel* N°155-2015 (courbe en J inversé).

l'extension de la prime d'activité, une mesure centrale de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales fin 2018.

La Cog 2018-2022 valorise trois rôles de la Caf : opérateur, régulateur et investisseur social.

Ce rôle d'investisseur est fortement mis en avant dans le cadre de la stratégie pauvreté compte tenu de l'accent mis sur la prévention et la réduction des inégalités réelles, et au regard de sa contribution en matière de soutien à la petite enfance, à la parentalité, à la jeunesse ou à l'animation de la vie sociale.

En étant acteur de la prévention et de l'égalité des chances par l'attention portée aux premiers âges de la vie, la Caf est aussi un acteur économique car elle contribue à l'employabilité future par le développement des capabilités.

La mise en place du service public de l'insertion et le lien étroit attendu entre social et emploi sont l'occasion de mieux formuler cette ambition : favoriser l'accompagnement hors de la prestation des bénéficiaires, contribuer à leur insertion professionnelle tout en soutenant leur pouvoir d'achat.

- **Les Caf peuvent être un acteur mieux identifié dans le cadre du service public de l'insertion**

Évidemment, le rôle le plus évident des Caf reste lié à leur positionnement pivot au moment des événements fragilisant des personnes (perte d'emploi, séparation, etc.) susceptibles de les éloigner du marché de l'emploi.

Leur connaissance de ces événements et leur capacité de contact leur donnent une opportunité d'être un accélérateur d'insertion, notamment pour les bénéficiaires du RSA, au moment de l'ouverture de droit.

Mais cette fonction peut aussi s'appliquer pour les femmes bénéficiaires de la Paje, dans le cadre d'un congé parental, pour favoriser le retour à l'emploi et éviter un éloignement durable.

Il est assez regrettable que la mission d'accompagnement social des Caf ne soit que peu identifiée comme pouvant être mise au service du service public de l'insertion (Spi). En effet, les Caf ont bien développé une compétence d'accompagnement vers l'emploi.

Enfin, les Caf peuvent largement mettre à disposition de l'accompagnement global assuré par Pôle emploi et le conseil départemental un panier de services utile pour lever les freins à l'emploi ou sécuriser la reprise dans l'emploi (ou aider à augmenter la durée d'activité travaillée). L'exemple le plus illustratif est bien entendu la levée des freins liés à la garde pour laquelle la branche famille est incontournable et peut nouer un partenariat exemplaire.

- **Les Caf contribuent à une économie de la famille par sa politique d'action sociale.**

Les Caf sont le principal financeur en matière de petite enfance, de parentalité ou d'animation de la vie sociale. Leur soutien aux ALSH, BAFA et BAFD est aussi indispensable. Elles favorisent de fait l'insertion des jeunes dans des métiers d'animation. Une impulsion complémentaire pourrait d'ailleurs être donnée par une meilleure valorisation des métiers de la petite enfance et d'animation périscolaire.

Elles sont donc créatrices d'emplois dans les structures d'accueil collectif ou au sein des associations et collectivités territoriales. Elles sont aussi actrices du maintien de l'emploi dans un cadre de désengagement de certains partenaires financeurs et de contraintes financières fortes. Elles s'organisent d'ailleurs pour renforcer leur ingénierie en matière de contrôle de gestion en action sociale et d'analyse financière, parfois en partenariat territorial avec le dispositif local d'accompagnement (DLA).

- **Les Caf au cœur de la levée des freins à l'emploi**, par l'accès à un mode d'accueil de la petite enfance, notamment collectif, via les crèches AVIP[6].

L'offre de service la plus reliée aux missions et outils de la branche famille est bien de favoriser l'accès aux modes de garde pour les personnes en recherche ou reprise d'emploi. D'autant plus que la branche famille dispose de tous les leviers : financiers par le droit commun, les Fonds publics et territoires ou les fonds locaux, partenariaux à travers le schéma départemental de service aux familles (SDSF) ou les CTG, en ingénierie par ses conseillers techniques.

Trois conditions semblent indispensables :

- la mise en œuvre d'un partenariat avec Pôle emploi et idéalement le conseil départemental, à partir de l'accompagnement global ;
- l'organisation d'un diagnostic départemental à partir d'une cartographie de l'offre, des besoins et des dynamiques de formation et d'emploi pour repérer les zones les plus pertinentes ;
- la définition d'un modèle économique pour conforter le gestionnaire et l'inciter à proposer ce type de places : le reste à charge doit être très faible et prévisible grâce aux bonifications versées par les Caf.

Un enjeu fondamental réside dans l'identification dans chaque structure d'accueil concernée d'un référent financé par la Caf, ce qui lui permet d'être l'acteur central du dispositif et de se situer au cœur du parcours des familles et de l'évaluation des effets de cette offre de service sur l'insertion durable. Celui-ci sera chargé de faire le lien avec les prescripteurs, d'accueillir et suivre la famille, d'évaluer les effets de cette action.

Ce positionnement dans la levée des freins par l'accessibilité aux modes de garde, qui s'étendent à l'accueil individuel, est central pour les Caf dans leur département car elle les identifie politiquement. Il doit s'accompagner de prudences liées notamment à la critique sur le risque de concurrence entre places pour les actifs et pour les inactifs ou à une approche prescriptive qui ne serait pas cohérente avec la volonté des élus locaux.

III.2/ Les Caf, pivot des parcours des personnes, dans le cadre d'un accompagnement repensé : « accompagner vers, dans et hors la prestation »

Jusqu'ici, la branche est peut-être passée à côté du virage d'un rôle plus abouti en matière d'activation des parcours des usagers et d'accompagnement global (droits et

6 Circulaire CNAF N°2016/009 Accompagnement de la charte nationale relative aux crèches AVIP signée par l'État, la CNAF et Pôle emploi, Mobilisation nationale pour l'emploi et la transition écologique- circulaire N°6083/SG du 16/05/2019.

devoirs, accès aux droits et aux services), notamment à la création du RSA. En effet le continuum instruction/traitement/orientation vers un opérateur d'insertion était au cœur de la stratégie institutionnelle en 2009, mais faute de ressources, de consensus dans le réseau et peut-être de maturité nécessaire à l'affirmation d'un rôle de la Caf dans l'insertion par un rôle de pré-diagnostic et d'orientation, l'inflexion n'est pas venue.

Le contexte politique remettant au cœur des politiques sociales la prévention, l'émancipation et l'accompagnement, associé à un positionnement plus lisible des Caf comme administration bienveillante et pro-active leur donnent l'occasion de se repositionner :

- en s'affirmant pleinement dans leurs missions d'accès aux droits et d'inclusion sociale, notamment par le numérique (accompagner vers) ;
- en développant la prévention, le conseil et en portant des parcours « complets » en interaction avec nos partenaires de la protection sociale (accompagner dans) ;
- en se situant comme acteurs de l'activation des parcours (accompagner hors), ce que l'expérimentation du giratoire dans l'Hérault, qui s'étend progressivement avec la stratégie pauvreté, incarne bien.

La réforme du système des prestations est en cela une opportunité (et une condition) car elle favorise les gains de productivité indispensables à un redéploiement des ressources vers le service.

Mais pour cela l'accompagnement assuré par les Caf doit être repensé. Trois pistes de réflexion sont ici ouvertes.

- **La prise en compte des besoins et des attentes des personnes en matière d'accompagnement doit être renforcée**

Au moment où les politiques publiques valorisent la participation des citoyens à la conception et à l'évaluation des services, il serait peut-être utile de s'interroger plus régulièrement sur leurs attentes en matière de conseil et d'accompagnement.

La stratégie pauvreté, dans la valorisation d'expériences réussies, a pu démontrer que des trajectoires de sortie de difficultés ont pu se concrétiser grâce à un rapport différent à l'accompagnateur, plus « *booster* » qu'« assistant » de la personne. Il est probable que l'envie et l'incitation à « s'en sortir » et construire un projet dépendent beaucoup de la dynamique d'accompagnement et de la nature de la relation.

Aujourd'hui, la majorité des Caf continuent à organiser « des mises à disposition » par un travailleur social sur la base de faits générateurs. Or les taux de retour/recours sont souvent limités, ne serait-ce parce que le citoyen attend le quoi et pas le qui : un service de conseil/accompagnement sans forcément penser au métier qui l'assure.

On peut le regretter mais l'accompagnement par un travailleur social est parfois devenu stigmatisant, et peut participer du non-recours.

Le rapport du Cese « éradiquer la grande pauvreté » le mentionne d'ailleurs clairement : « *si la complexité nourrit le non-recours, la catégorisation des dispositifs d'accompagnement renvoyant les personnes à une image dévalorisée d'elles-mêmes le nourrit également (...) nombre de personnes accompagnées ont exprimé à l'occasion de la journée*

d'échanges du 21 mars 2019 leur souhait d'une plus grande considération de la part des travailleurs sociaux. Ils ont présenté un certain nombre de freins (crainte du regard, de la stigmatisation) et plus largement leur critique de cette relation verticale ».

Les postures professionnelles des aidants de la branche famille, conseillers services à l'usager (CSU), gestionnaires conseil allocataires (GCA), travailleurs sociaux, doivent donc être sensiblement retravaillées. L'objectif premier de remobilisation, d'émancipation, d'autonomisation impliquent une posture de coach qui est aujourd'hui peu développée.

- **La priorité reste le bon accompagnement vers, dans et autour du droit, en lien avec l'impératif d'inclusion numérique**

La branche famille transforme résolument sa relation de service en s'appuyant sur le nouveau modèle de production du service (NMPS) et en recherchant toutes les voies de l'automatisation (assistants digitaux, *chatbot*).

Le premier acteur de l'accompagnement des publics reste le Caf.fr et l'offre mobile, bref, la qualité de l'offre en ligne, des parcours de contact offerts et la simplicité de la navigation.

Mais l'offre centrale des Caf se situe autour de cette qualité relationnelle, de cette accessibilité, de cette proactivité pour favoriser l'accès aux droits et la qualité de service dans le droit. L'amélioration de l'expérience client passe par les démarches entreprises jusqu'ici :

- accompagner vers le droit : par le développement du *datamining* positif mais aussi par la mise en œuvre de partenariats territoriaux pour garantir une bonne information sur les droits potentiels par d'autres acteurs, au premier rang desquels la Cpam et Pôle emploi ;
- accompagner dans le droit : par une action volontariste au titre de la prévention des indus et par une approche pro active en lien avec l'anticipation des changements de situation ou la connaissance de risques sur le dossier allocataire

C'est dans ce cadre que la priorité des Caf devrait être la ré-ingénierie des rendez-vous des droits en « giratoire des droits » : vision du dossier à 360°, diagnostic d'autonomie numérique pour orientation éventuelle vers des ateliers numériques, orientation éventuelle vers la Cpam pour l'accès aux soins ou d'autres partenaires sur quelques offres fléchées, information sur le panier de services de la branche (ex : crèches AVIP si personne en insertion, atelier parentalité si parents avec enfants à charge, etc.).

Cela implique des ressources qui ne peuvent être libérées que par des gains de productivité tirés de l'amélioration de la performance de production ou par la réduction de l'accueil subi de la « demande ». Mais cela interroge aussi les métiers et leur hybridation entre gestionnaires conseil et travailleurs sociaux. On voit ici de nouvelles perspectives de parcours pour les gestionnaires conseil dans une posture de « *middle office* »[7].

7 Ucanss, Étude 2019 *Observatoire des métiers, automatisation des tâches et intégration des nouvelles technologies : quel impact sur les métiers de la production et de la relation de service du régime général ?*, page 38.

- **La branche famille ne peut construire son offre de conseil et d'accompagnement indépendamment des autres partenaires de la protection sociale dans les territoires. Or, cette coordination des institutions autour des personnes doit s'appuyer sur un dossier social partagé (DSP)**

La compréhension du citoyen ne passera que par une vision claire des rôles et compétences de chacun (quelle institution est prioritairement compétente ou à solliciter pour quelle situation ?) et les parcours seront ainsi facilités pour éviter les logiques de guichet. Les personnes sont souvent contraintes de répéter leur situation de vie, parfois difficile, et ce à plusieurs reprises à différents interlocuteurs.

Côtés professionnels, la principale difficulté reste de connaître les parcours des personnes (a-t-elle déjà rencontré une institution ? A-t-elle été accompagnée ? etc.) afin de mieux les comprendre et éviter les logiques de « Ping Pong ». L'accompagnement souffre d'une absence d'appui, notamment pour favoriser les interactions entre institutions et aidants. La coordination entre acteurs n'est pas facilitée faute de capacité à échanger, disposer d'une vision 360 degré des droits ou d'un parcours. De fait les ruptures et discontinuités de parcours sont difficilement traitées (ex : passage à la retraite des bénéficiaires de minima sociaux, perte d'emploi…).

La mise en place de référents de parcours, d'orientations « à bon escient » ne pourra fonctionner qu'à condition d'outils partagés dont le DSP serait l'incarnation centrale[8]. Il serait le pendant du DMP avec une logique similaire. Le DMP a vocation à permettre à chaque bénéficiaire de l'Assurance maladie qui le souhaite, dans le respect du secret médical, de disposer d'un dossier informatisé regroupant les informations médicales qui le concernent. En somme, il s'agit d'un outil permettant de contribuer à la continuité et à la coordination des soins en ville et à l'hôpital.

Le DSP comporterait aussi l'ensemble des informations administratives de base de l'usager permettant au référent unique de parcours de cerner rapidement ses problématiques pour mieux l'accompagner. À l'instar du DMP, le DSP nécessiterait le consentement exprès et éclairé des personnes. Ce carnet social numérique permettrait de favoriser la connaissance des aidants du parcours de la personne, de ses démarches, de son référent etc. Il permettrait le cas échéant de positionner des informations complémentaires pour favoriser une meilleure gestion des droits et un meilleur accompagnement. Il intégrerait un agenda partagé pour favoriser les prises de rendez-vous et une plate-forme inter-aidants pour aider à la gestion de situations de blocages administratifs.

Pour le mettre en œuvre dans des délais rapides, il est proposé de raisonner par paliers et de s'appuyer sur l'existant que constituent le portail numérique des droits sociaux d'une part et A+ d'autre part pour les blocages administratifs. D'autres blocs qui pourraient le constituer ne nécessiteraient pas d'interopérabilité entre systèmes d'information : géolocalisation de services, carnets d'adresse, agendas et module de rendez-vous partagés, messageries cryptées entre aidants…

8 J. Lorvo, L. Martin, V. Meister, C. Siccat Jegou, C. Baude, Recherche action EN3S 2019, *Accompagner vers, dans et hors la prestation : quelles perspectives pour les Caf ?*

IV - DE NOUVELLES COMPÉTENCES ET DE NOUVELLES MODALITÉS D'ACTIONS POUR AGIR SUR ET DANS LES TERRITOIRES

Ce positionnement implique tout d'abord de mieux connaître et s'adapter plus rapidement aux besoins des personnes, des partenaires et des territoires.

C'est à ce titre que les Caf installent progressivement une démarche « d'écoute client » et maintiennent une fonction d'observatoire du territoire. Comme évoqué supra, les SDSF et les CTG renforcent cette exigence pour développer des programmations et projets communs avec les autres institutions.

Les Caf n'échappent pas à l'impératif d'une meilleure association des usagers à l'élaboration des services et à leur évaluation. Là aussi, les SDSF de 2e ou 3e génération peuvent être l'occasion de leur donner plus de place, en les intégrant dans les groupes de travail, en se transformant en « forums » en mobilisant le numérique, en organisant des conférences territoriales et produisant des services dédiés aux familles (ex : quinzaines de la parentalité).

Au-delà, une ré-ingénierie des modes d'intervention en termes d'action sociale apparaît nécessaire aussi bien côté Caf qu'associations et collectivités. Dit autrement, il convient de faire évoluer les temps, les lieux et les formes d'intervention.

Comment ne pas penser ici aux enquêtes parentalité qui concluent systématiquement, depuis une dizaine d'années, à la faible lisibilité des dispositifs CLAS[9]/REAAP[10] et à leur méconnaissance par les familles ?

Ce qui signifie donc qu'il faut « aller-vers », intervenir aux temps utiles le soir et les week-ends, promouvoir l'itinérance, adapter les lieux. De nombreuses initiatives peuvent déjà être valorisées, que ce soit par la présence dans la « rue numérique » (promeneurs du net), la mise en place de nouvelles structures pour les adolescents ou des formes innovantes de services aux parents. La mobilisation des pratiques culturelles et artistiques est aussi un levier important pour « faire autrement » par de nouveaux projets autour de la petite enfance, du lien parent/enfant, de la cohésion sociale avec nouveaux réseaux partenariaux.

Il est temps d'adapter les référentiels de financement et d'évaluation en laissant plus de place à l'innovation et de souplesse aux équipes des Caf sur les territoires pour accompagner des projets atypiques.

Enfin, la branche doit investir plus fortement encore dans son service aux partenaires. Soit car ceux-ci favorisent l'accès aux droits et soutiennent ainsi la Caf dans la réorientation de son offre soit car la Caf leur délègue une partie de son accompagnement, soit car elle coconstruit avec eux les parcours sur les territoires.

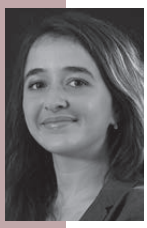
Il est donc nécessaire de faire de l'amélioration de l'offre de service aux partenaires un investissement prioritaire. Cela passe d'abord par l'amélioration de « mon compte partenaire » et la mise en place d'une *Hot Line* nationale. Cela passe aussi par

9 Contrats locaux d'accompagnement à la scolarité (CLAS).
10 Réseau d'écoute, d'accompagnement, d'appui à la parentalité (REAAP).

un accompagnement adapté que des Caf ont déjà pu développer mais qui pourrait être structuré dans chaque département : « écoute client partenaires », formations, animation de communautés, ateliers créatifs, webinaires…

Soutenir ces partenaires c'est aussi favoriser le maintien de services de proximité aux familles (petite enfance, parentalité, réseau associatif…), grâce à son soutien financier mais aussi à une ingénierie renforcée en matière de détection et d'accompagnement des structures en difficulté, comparable au dispositif « signaux faibles » existant dans certaines Urssaf. En cela, les Caf sont aussi contributrices du maintien des solidarités et de l'aménagement du territoire.

Les coopérations en interbranche : une démarche innovante mais exigeante pour assurer l'effectivité et la longévité des initiatives locales



Lisa CEGLIE a intégré l'École Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale en tant qu'élève externe, suite à une formation en droit public et en sociologie, notamment à l'Université de Paris Panthéon-Assas.

Sébastien ROLLAND a exercé pendant dix ans au service médical de la DRSM Hauts-de-France puis du Centre-Ouest où il a dernièrement occupé les fonctions de responsable de la gestion administrative de l'ELSM de Charente. Il a intégré l'École Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale en tant que candidat interne pour envisager de nouveaux horizons professionnels.

Arnaud VILLEVIEILLE a exercé six ans à la Cpam de Haute-Loire en tant que manager et chef de projet dans un organisme coopérant régulièrement avec la Caf, avec qui elle partage les mêmes locaux. Il a intégré l'École Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale par la voie du concours interne afin d'acquérir transversalité et vision stratégique.

La volonté de coopérer en interbranche est l'un des grands sujets des Cog pour les années 2018-2022. Cet article se propose de revenir sur deux exemples de coopération, en s'intéressant autant aux points forts qu'aux difficultés d'une démarche située à rebours d'une organisation sédimentée qu'est la Sécurité sociale. Celui-ci s'inscrivant dans la continuité des travaux de Recherche action d'un groupe d'élèves de la 58e promotion de l'École Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale (EN3S), il se propose de formuler différentes préconisations à destination de tous les acteurs de la Sécurité sociale qui ambitionnent de mettre en œuvre des coopérations autant effectives que durables. Ces préconisations restent néanmoins indicatives et pourront être complétées par toute expertise supplémentaire s'agissant d'un sujet qui reste aux prémices de ses réalisations.

La construction de la Sécurité sociale, depuis sa généralisation en 1945, s'est réalisée en plusieurs étapes et selon plusieurs logiques. Les branches du régime général ont connu différentes dynamiques de restructuration, comme la départementalisation des réseaux avec la tentative d'inscrire le principe d'une seule caisse par département et pour chaque réseau en 1996. Il en est de même en 2010 avec la régionalisation des Urssaf dans le cadre des Conventions d'objectifs et de gestion (Cog), même si le découpage régional a depuis évolué avec la carte administrative de 2015. Ces réformes ont également concerné d'autres régimes comme la Mutualité

sociale agricole (MSA) dont le nombre d'organismes a été réduit, passant de 74 en 2001 à 58 en 2005.

Ces mouvements sont motivés par l'ambition de construire un service public qui puisse répondre au mieux aux problématiques sociale et économique des territoires, grâce à une réduction des coûts de gestion. C'est la raison pour laquelle certains organismes ont fusionné, ou que d'autres ont mutualisé certaines de leurs compétences. D'autres formes de coopérations plus ponctuelles s'opèrent en intrabranche, comme la mise en place des plateformes d'entraide dans les branches famille (Système national d'appui à la production – SNAP) et maladie (Programme harmonisé d'aide au réseau – PHARE), afin d'améliorer l'efficacité de l'activité grâce à un appui aux caisses rencontrant des difficultés.

Pour autant, ces coopérations intrabranches présentent certaines limites pour répondre aux exigences de proximité ou d'adaptation. En effet, la Sécurité sociale investit davantage de ressources dans la dématérialisation et optimise le processus de la relation client, ce qui complexifie la réponse à apporter aux besoins variés des usagers. La présence territoriale des organismes est garantie par les partenariats réalisés avec les acteurs locaux (mairie, Conseil départemental, préfecture, Conseil régional), mais ces derniers ne pallient pas l'impératif de visibilité de l'institution Sécurité sociale au sein des territoires français. Aujourd'hui, les impératifs en termes de simplicité et d'accessibilité du service public, dans un contexte plus global d'uberisation des sociétés contemporaines, commandent que l'offre de la Sécurité sociale soit plus transversale et plus souple auprès des usagers. De même, en interne, les objectifs d'efficacité et de performance sont difficiles à atteindre pour les organismes en complète autonomie.

Les coopérations interbranches, c'est-à-dire entre organismes de branches différentes, sont ainsi devenues une réponse dans ce contexte d'adaptation permanent. C'est pourquoi, la Direction de la Sécurité sociale (DSS), ainsi que les dernières Cog pour les années 2018-2022, valorisent les ponts réalisés entre les différentes branches.

Bien différente d'une fusion ou d'une mutualisation, la coopération désigne le fait de participer à une œuvre commune tout en conservant son identité propre : plusieurs organismes vont travailler sur un même sujet, une même thématique, en y allouant des moyens propres (un collaborateur, un outil informatique, des locaux, etc.). Cette coopération n'ampute pas l'organisme de sa compétence initiale, puisque la coopération a un champ limité dans le temps et dans le fond. Ce mode de travail présente donc l'originalité d'agir contre la logique historique d'organisation par risques.

Plus précisément, la coopération interbranche est une réponse à un besoin identifié par deux caisses *a minima*, qui vont pouvoir optimiser leurs moyens pour satisfaire au mieux les exigences du service public telles que la continuité ou l'adaptabilité.

Plusieurs organismes se sont lancés dans ce type de démarches. Pour une étude exhaustive de ces coopérations, la Cnam et la Cnaf ont lancé deux missions nationales relatives au diagnostic de toutes ces entreprises et des perspectives d'avenir à ce sujet : la mission déléguée 29 relative à la définition d'une offre de services transversale aux différentes branches pour l'Assurance maladie, et la mission nationale déléguée relative aux coopérations locales entre les Caf et les autres organismes de Sécurité sociale pour la branche Famille.

Cet article se propose ainsi de revenir sur des exemples plus détaillés de coopération en interbranche, en évoquant surtout les difficultés actuelles rencontrées par leurs initiateurs et les solutions possibles pour entreprendre une telle démarche. Les propos qui suivent ont été plus longuement développés dans le cadre d'une recherche action relative aux thématiques, moyens et outils de réussite pour la mise en œuvre d'une coopération renforcée entre deux organismes en interbranche.

I- FOCUS SUR DEUX EXEMPLES PROBANTS DE COOPÉRATIONS INTERBRANCHES

Deux exemples vont permettre d'évoquer la mise en œuvre des coopérations interbranches, selon des objectifs différents. En effet, la coopération peut répondre à l'intérêt des usagers pour la simplification de leurs démarches administratives, mais également directement à celui de l'organisme dont les moyens nécessitent d'être enrichis par les compétences d'un organisme partenaire.

I.1/ L'accueil partagé pour satisfaire le besoin de simplicité des usagers : l'exemple de l'Urssaf Aquitaine

Lorsqu'on évoque la coopération entre deux organismes de branches distinctes, il est utile de penser à l'élaboration d'un accueil partagé. Cela répond directement au besoin de simplicité des démarches administratives et, dans la continuité de la politique d'amélioration des relations entre l'administration et les usagers, au concept du « dites-le nous une fois ». La mise en place d'un accueil partagé a motivé la conception de lieux communs d'accueil entre tous les services publics, à l'image des Maisons France services ou encore la plateforme « mesdroitsociaux.gouv.fr ».

Au cours de nos travaux, nous avons étudié plusieurs exemples d'accueils partagés. Nous nous intéresserons en l'espèce au guichet commun pour les travailleurs indépendants expérimenté à l'Urssaf Aquitaine, au regard de ses spécificités. En effet, la disparition progressive du Régime social des indépendants (RSI) au profit de la Sécurité sociale des indépendants (SSI) est une opportunité pour mettre en œuvre un partenariat novateur afin d'accompagner un public habitué au guichet unique. L'intégration définitive des usagers concernés et des agents dans le régime général prend effet à compter du 1er janvier 2020.

En substance, cette expérimentation tout d'abord locale, et qui a vocation à être généralisée sur tout le territoire, consiste à accueillir les travailleurs indépendants du territoire en leur proposant un guichet unique similaire à ce qui existait au sein du RSI. Pour cela, tous les acteurs de la Sécurité sociale sont réunis dans les locaux de l'Urssaf, à savoir les collaborateurs de la SSI, de la Cpam, de la Caf et de la Carsat. Les usagers sont reçus dans les locaux par des agents Urssaf-SSI formés par l'ensemble des partenaires. Les agents vont pouvoir apporter des réponses de niveau 1 et accéder au portail numérique des caisses partenaires. La charge cognitive étant trop importante, il n'apparaît en effet pas concevable de maîtriser l'intégralité des législations de la Sécurité sociale. De plus, les agents sont en capacité de prendre les rendez-vous pour les partenaires et d'engager des procédures d'urgence sur la base des critères

définis et choisis par les organismes. Enfin, il est important de préciser qu'il s'agit bien d'un accueil partagé, et non mutualisé, car les agents intervenants ne sont pas communs aux différents partenaires. Ils agissent pour le compte de ces derniers, tout en étant directement rattachés à l'autorité hiérarchique et fonctionnelle de l'Urssaf.

Cet exemple est également caractéristique d'une volonté politique d'éviter de complexifier les démarches administratives. En réalité, cet accueil a été impulsé par le Premier Ministre, puis par la Direction de la Sécurité sociale dans le cadre de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018, et dans le schéma de transformation de la Sécurité sociale des travailleurs indépendants. Cette coopération s'inscrit dans un pilotage national, en raison de la solennité de sa création, avec un comité de direction national composé de membres de l'Urssaf Aquitaine, de l'Acoss, de la Cnam, de la Cnav, de la CNSSI et de la DSS. Il est relayé par un comité de pilotage local. De façon plus opérationnelle, l'accueil a été conçu à l'appui de deux groupes de travail des salariés des organismes locaux partenaires, l'un pour créer les parcours des travailleurs indépendants en front office, et l'autre chargé de déterminer les conditions logistiques et informatiques du projet. En parallèle, les usagers ont été sollicités grâce à un questionnaire sur leurs attentes et dans un second temps, un sondage portant sur l'offre proposée a été réalisé auprès des auto-entrepreneurs.

Il s'agit d'un projet d'envergure nationale qui a été pensé de bout en bout pour coordonner les différentes branches intervenantes et répondre au mieux aux attentes des usagers, qui font office de première mesure de la réussite d'un projet. Il est à noter, malgré tout, les difficultés rencontrées sur le terrain dans la mise en œuvre de l'accueil, à savoir que les partenaires locaux en dehors de l'Urssaf et de la CDSSI ont été difficiles à mobiliser, et cela même avec une orientation préalable des Caisses nationales afférentes. De plus, la Carsat et la Cpam ont également pu relever des points de blocage dans le déroulé du projet.

Ces difficultés de terrain rappellent le caractère incrémental d'une telle initiative qui se situe à rebours d'une Sécurité sociale sédimentée, d'autant plus au niveau local où les acteurs ne se connaissent pas toujours. S'il existe des partenariats assez naturels, notamment entre les Caf et les Cpam ou entre les Cpam et les Carsat, les désagréments rencontrés n'ont pu être solutionnés que par la tenue d'entretiens bilatéraux. Enfin, la conception en méthode agile de cet accueil, en mêlant différents acteurs, avec un niveau d'implication étatique et politiquement marqué, tout en associant les usagers et collaborateurs, a pu garantir la réussite de ce projet. Cette coopération qui s'adresse à un public cible pourrait être un exemple pour l'étendre à un public plus large et réaliser pleinement l'objectif de simplification des démarches administratives.

I.2/ Le partage d'un collaborateur pour optimiser les ressources en interne : la Caf et la Cpam de l'Orne

Le grand public ne pense la coopération interbranche que sous l'angle de l'usager, car c'est l'expérience vécue collectivement qui domine tous les débats. Cependant, en interne, entre organismes de Sécurité sociale, il peut exister un intérêt majeur à partager des ressources. Celles-ci peuvent se définir dans un sens large : ressources humaines, matérielles ou de données. En effet, chaque organisme peut être confronté à des besoins non satisfaits par ses seules ressources internes. Cela découle plus

directement de la logique d›optimisation des coûts et de rationalisation des moyens qui peut rendre difficile l›exercice des missions d›une caisse, et cela selon un degré qui varie par la taille et l›historique de l›organisme. L›exercice sous contraintes va rendre certaines compétences en interne plus précieuses, à tel point que l'on puisse en qualifier certaines d'expertises rares dans le réseau de la Sécurité sociale. C'est notamment le cas des informaticiens, des juristes en droit social ou des compétences en communication et marketing.

C'est dans ce contexte qu'en 2019 la Caf et la Cpam de l'Orne ont décidé d'expérimenter la mise en commun d'un responsable informatique, initialement employé par la Caf. La Caf et la Cpam sont des organismes de taille modeste, comptant respectivement 130 et 200 salariés, ce qui pose notamment la question de leur subsistance sur le terrain au regard de caisses de taille plus importante bénéficiant d'une dynamique territoriale favorable. Les défis de gestion contraignent l'activité de ces organismes dont les marges de manœuvre deviennent de plus en plus restreintes. Par conséquent, il est dans l'intérêt de ces deux organismes de trouver des solutions pour coopérer localement et optimiser ainsi les ressources à disposition, voire pallier les éventuels déficits rencontrés par une caisse. Les points communs entre ces deux caisses et la morphologie du territoire expliquent leur proximité pour mettre en œuvre des partenariats, dont le partage du collaborateur fait partie. Néanmoins, si cette proximité semble naturelle au regard des intérêts communs, il est nécessaire de rappeler qu'une telle démarche n'est possible que par l'investissement relationnel entre les équipes de direction.

Plus concrètement, le partage du collaborateur a été motivé par le besoin de recrutement côté Cpam sur un poste de responsable informatique, faute de ressources en interne et d'un recrutement satisfait. En raison de ces difficultés, les deux caisses ont fait le choix pragmatique de mettre en partage le responsable de la Caf avec l'accord de ce dernier. La Cpam et la Caf ont fourni une lettre de cadrage et de mission commune afin de préciser le caractère expérimental de la démarche sur l'année 2019, en prévoyant notamment, au départ, des points réguliers du collaborateur avec les deux directeurs adjoints réunis afin d'ajuster les éventuelles contraintes.

À ce stade, seul ce collaborateur est mutualisé entre les caisses et partage deux équipes différentes. Si l'expérience est concluante, une deuxième étape pourrait envisager le développement vers une équipe plus intégrée. Cela permettrait de simplifier l'organisation quotidienne du collaborateur qui doit aujourd'hui faire preuve de souplesse en se déplaçant sur deux sites, en fonction d'un emploi du temps partagé. Elle soulève également la problématique de la cartographie informatique propre à chaque branche, certaines compétences étant indissociables du réseau pour lequel elles ont été développées.

À sa mise en œuvre, ce premier niveau de coopération a présenté des difficultés auprès des institutions représentatives du personnel de la Cpam qui redoutaient une fusion complète des deux organismes. Ce constat rappelle la nécessité d'informer et de recueillir l'adhésion des salariés et des représentants du personnel pour mener à bien une démarche similaire : il s'agit d'en démontrer les intérêts mutuels entre les deux organismes, en l'occurrence pérenniser leur inscription locale au sein du territoire. Ce même dialogue doit être mis en place avec le principal intéressé, en démontrant les avantages en matière d'expérience, de compétences et d'avancée pour la carrière, ce qui est le cas en l'espèce.

D'un point de vue technique, le collaborateur nous a confirmé lors de sa rencontre que la coopération se déroulait simplement. Il semblerait en effet, que les systèmes d'information Cpam et Caf trouvent certaines similitudes qui rendent leur compréhension plus facile pour une personne externe (ce collaborateur n'avait pas d'expérience préalable au sein de la Sécurité sociale avant son entrée à la Caf de l'Orne).

Ce second exemple permet d'illustrer l'idée que les organismes, en fonction de leurs particularités territoriales, ont l'opportunité en coopérant entre eux et en faisant preuve de solidarité, de multiplier leur potentiel d'action au regard de besoins ponctuels. C'est aussi un moyen pour renforcer le leadership de la Sécurité sociale comme acteur du territoire. En effet, la présence d'un binôme présentera plus de poids auprès des acteurs locaux et sera un atout dans la négociation de projets sur le territoire en favorisant les collusions d'intérêt. Les contacts répétés sont à ce titre un moyen pour permettre aux acteurs de la Sécurité sociale de se connaître et de mieux se comprendre pour toute prise de position.

Les « connexions » interbranches, jusqu'ici limitées par la culture traditionnelle de branche et le raisonnement par risques, devraient ainsi devenir plus naturelles, en faveur de l'efficience et de la qualité du service rendu à l'usager. Bien que cette coopération réponde à un impératif en interne, la bonne gestion des fonctions supports possède un effet direct sur l'usager à court terme dans la gestion de son dossier par les techniciens de terrain, et à plus long terme sur les ponts qui pourraient se créer entre organismes pour simplifier l'expérience de l'usager.

II - LES CLEFS D'INVESTISSEMENT D'UNE COOPÉRATION INTERBRANCHE EFFECTIVE

II.1/ Les prérequis avant la mise en œuvre de la démarche

II.1.1 / Reconnaissance et partage d'un objet et d'un intérêt communs entre organismes

Avant de débuter toute entreprise de coopération, il est impératif que les organismes volontaires partagent un socle commun quant à l'objet et l'intérêt d'une telle démarche (caractéristiques du territoire, historique partagé…). Si les individualités peuvent parfois freiner un partenariat parmi les équipes de direction, il est important de rappeler que les caisses partagent *a minima* deux points communs. Le premier relève classiquement de la mission de service public de couverture des risques sociaux telle que consacrée par l'idée de la création puis la généralisation de la Sécurité sociale. La seconde, plus récente et diluée, mais tout aussi symbolique, se trouve dans la succession de réformes depuis la mise en place des Cog et l'avènement du paradigme de la performance en 1996. Les objectifs de gestion avec lesquels les acteurs exercent créent une communauté d'intérêts qui dépassent les branches ou les risques couverts : tous sont confrontés aux mêmes conditions de gestion, dans des degrés parfois variables, qui peut constituer un terreau favorable d'entente.

Cette étape stratégique est menée par les deux directions des organismes qui vont se faire le relais des besoins locaux. Afin de mieux répondre à ces besoins, il peut être utile notamment d'impliquer directement les acteurs de terrain que sont les agents

et les instances représentatives du personnel (IRP) dans cette phase de diagnostic. C'est également un moyen pour prendre le temps de communiquer et sensibiliser ces derniers à l'intérêt d'une telle démarche et aux gains attendus, tant d'un point de vue organisationnel que professionnel. L'exemple du partage de collaborateur a été l'occasion d'aborder la sensibilité de la démarche quant à son appropriation par les agents qui peuvent y voir le préalable à un projet de restructuration plus important.

Pour schématiser, les organismes peuvent partager trois types d'intérêts, qui varieront en fonction des caractéristiques de l'environnement social et économique dans lequel ils s'inscrivent.

Dans un premier temps, la motivation peut résider dans la rationalisation des coûts de gestion avec la recherche de gains d'efficience. Ces gains peuvent se trouver dans l'optimisation du partage de données entre organismes, le partage d'un collaborateur, notamment en matière de ressources rares, ou la création d'une offre de service optimisée et partagée en améliorant le maillage territorial « Sécurité sociale » des points d'accueil. Il s'agit d'optimiser les ressources des organismes en profitant de l'effet d'aubaine que constitue le partenariat naturel avec un autre organisme de proximité.

Dans un deuxième temps, c'est la pérennité des sites locaux qui peut constituer un levier dans la coopération. En effet, la taille critique, à savoir selon la Cnam les caisses infra-départementales comptant moins de 250 000 bénéficiaires, c'est-à-dire une taille en-deçà de laquelle un organisme aurait des difficultés trop importantes pour fonctionner, peut conduire les organismes à perdre des compétences rares. De plus, le recrutement de ces compétences peut être rendu compliqué dans certains territoires, parfois avec une demande très concurrencée (métropole) ou une offre de travail faible, voire inexistante, dans ces domaines. Dans certains cas, les initiatives locales de coopération répondent à des contraintes de territoire menaçant la subsistance des organismes au bénéfice de caisses infra régionales situées dans des territoires plus dynamiques.

Enfin, cette démarche peut être un motif pour renforcer le poids de la Sécurité sociale auprès des partenaires locaux. La coopération interbranche permet une meilleure lisibilité de l'action des organismes de Sécurité sociale auprès des partenaires, qui ne sont pas toujours familiarisés avec la granularité de notre réseau. L'image de la Sécurité sociale et son efficacité pourraient s'enrichir avec un diagnostic territorial partagé en interbranche et la mise en place d'un plan d'action territorial et d'un partenariat commun. Cela pourrait être le cas à l'appui de la branche famille, qui dispose d'un maillage partenarial plus abouti et riche auprès des collectivités locales que dans les autres branches.

II.1.2/ L'importance de dépersonnaliser la coopération pour en assurer la longévité

Les organismes locaux ont déployé de nombreuses coopérations interbranches, mais celles-ci sont souvent limitées aux accointances entre les acteurs locaux, ce qui remet en cause leur pérennité en cas de mobilité de ces derniers ou d'événements plus conjoncturels. Si une telle démarche nécessite un investissement dans les relations entre deux directions pour être initiée, toute la difficulté réside dans le maintien d'un équilibre pour qu'elle ne s'y limite pas.

L'une des solutions à la dépersonnalisation est de prévoir un déploiement des coopérations, c'est-à-dire dans un second temps, par un moyen autre que les relations interpersonnelles. Cela pourrait se traduire par un cadrage national, élément plus neutre, qui proposerait des options validées ou non, et qui prendrait plus précisément la forme d'objectifs assignés aux directeurs d'organismes locaux à travers leur part variable.

Au niveau de la DSS, il peut également être envisagé de dédier spécifiquement un budget pour expérimenter des coopérations et les déployer dans le réseau ensuite. Il ne faut pas oublier les contraintes de calendrier auxquelles sont confrontées les organismes et par extension les branches, qui pourraient aisément faire de la coopération un objectif secondaire après priorisation.

II.1.3/ Le développement d'une identité commune « Sécurité sociale »

Pour la plupart des usagers, la Sécurité sociale représente une organisation floue. Son image reste le plus souvent associée à la Cpam. Au même titre que la nécessité de dépersonnaliser la coopération, il est important de promouvoir une identité commune de la Sécurité sociale auprès des organismes pour créer une nouvelle solidarité territoriale. Il est aisé aujourd'hui de réaliser des comparaisons entre réseaux en fonction des publics ciblés, des actualités propres ou des caractéristiques locales (locaux, équipes…) et nier ainsi les intérêts du partenaire interne de proximité au profit des siens. La Sécurité sociale deviendrait ici, dans ce cadre de préconisations, une entité globale représentant dans la tradition rousseauiste, l'expression de la volonté générale d'une entité commune rassemblant l'ensemble des organismes dans leur disparité et leurs particularismes.

Cette idée commune pourrait transiter par un acteur neutre comme l'Union des caisses nationales de Sécurité sociale (Ucanss), déjà présente dans le domaine des achats, celui de la formation ou encore des références juridiques de la Sécurité sociale. Elle semble disposer des compétences permettant de développer une culture commune « Sécurité sociale » auprès des agents du réseau, en lieu et place d'un modèle actuellement très axé sur l'appartenance à une branche. Ce rôle peut être développé jusqu'à la mise en place de dispositifs de recrutement et de formation communs, ce qui constitue une opportunité unique sur le plan national.

Plus qu'une identité, c'est une culture commune qu'il pourrait être opportun de déployer auprès du personnel. En réalité, une rapide analyse des différents organismes de Sécurité sociale permet de prendre conscience qu'il existe une connaissance parcellaire des missions de chacun au sein d'une branche et des droits offerts dans les autres branches. Pourtant, les salariés sont aussi des usagers pour lesquels la connaissance des droits sociaux est utile pour leur situation personnelle et a fortiori pour le public accueilli directement ou indirectement. Ainsi, lors de la mise en œuvre d'une coopération interbranche, il serait utile de permettre à certains salariés de devenir des « ambassadeurs de la Sécu » dans leur environnement personnel. Cette technique est déjà utilisée pour la mise en œuvre de projets d›envergure sur le modèle du déploiement d'Office 365. Ce mode d'action est un moyen de personnaliser la communication d'un projet. Cela pourrait viser des volontaires identifiés comme ambassadeurs, partageant régulièrement avec ceux des autres branches et diffusant ensuite l'information auprès de leurs collègues.

Plus ambitieux que les ambassadeurs, les cousinades permettent d'offrir des moments de partages conviviaux pour apprendre à se connaître et partager des problématiques. Ces moments favoriseraient nettement la création d'une identité « Sécu » pour les collaborateurs et ouvriraient la voie à une meilleure fluidité des échanges et une optimisation des réponses aux problématiques territoriales. Nous pouvons imaginer des cousinades protéiformes : entre agents de direction, entre managers, entre ambassadeurs, entre collaborateurs en charge de la relation client ou encore entre tous les collaborateurs des organismes pour transmettre un message plus général.

II. 2/ Les préconisations pour le déploiement de coopérations effectives

II.2.1/ L'importance de mieux concevoir les coopérations au niveau national

Les coopérations sont issues du terrain en fonction de besoins locaux propres aux territoires. Pourtant, lors de nos travaux dans le cadre de la recherche action précitée, nous avons pu mesurer un besoin de structurer la coopération interbranche au niveau national. En effet, la démarche des caisses est souvent isolée et se confronte à des difficultés importantes, car l'expertise demeure souvent contrainte.

En l'état, si les Caisses nationales encouragent la démarche de coopération, notamment à travers des objectifs Cog, il apparaît une certaine mesure ou distanciation quant à la participation sur le terrain. Il est probable que les Caisses nationales soient dans l'attente de résultats de la part des organismes participants. Pour aller plus loin, il est possible également que la coopération en interbranche suscite des doutes quant aux effets à produire sur le long terme. Il est vrai que si le besoin de plus de transversalité se fait sentir auprès des usagers et des acteurs locaux, l'impulsion nationale portée par la DSS a omis de définir les contours de la coopération en interbranche.

Ainsi, et à la condition que les Caisses nationales mesurent à leur tour les intérêts de l'interbranche, il serait opportun de concevoir un conventionnement des organismes volontaires. Cette convention aurait pour objectif de permettre un suivi par la Caisse nationale et de déterminer des outils de pilotage en appui à ceux existant au niveau local. L'objectif serait également de démontrer la capacité d'une branche à fédérer son réseau en intervenant en soutien, de façon active. Il est aisé de concevoir que certaines directions hésitent aujourd'hui à entamer des expérimentations en ce sens, compte tenu des contraintes de calendrier, de l'investissement demandé et surtout de la distance avec la Caisse nationale dans la gestion quotidienne d'une coopération. Ce conventionnement serait également l'occasion de fixer définitivement les lignes directrices en la matière en portant un discours plus clair pour les collaborateurs sur les suites à donner à ces coopérations.

De plus, l'intervention d'une Caisse nationale serait un atout supplémentaire pour renforcer le dialogue en interbranche. Si les têtes de réseaux entament des pourparlers en amont, la communication s'en trouvera facilitée car il existe parfois des questions auxquelles elles seules peuvent répondre. Il s'agit uniquement de s'appuyer sur ce qui existe déjà, les contacts entre branches étant déjà en place, comme l'a montré notamment la convention de partenariat entre la Cnav et la Cnaf du 19 avril 2019,

relative à la coopération entre le réseau de la branche Famille et celui de la branche Retraite.

Il est possible également d'envisager de façon plus neutre des « référents coopération » qui pourraient échanger directement entre eux au sein de chaque Caisse nationale. Ces référents peuvent être une branche référente comme nous l'a montré l'exemple de l'accueil commun des travailleurs indépendants à Bordeaux où l'Urssaf a été désignée cheffe de file. Il peut également s›agir d›un organisme à designer par thématique dans chaque branche, comme c›est le cas des pôles d›expertise actuellement définis dans le réseau pour certaines compétences.

L'objectif d'un référent, qu'il soit rattaché à la Caisse nationale ou plus neutre, est de professionnaliser l'interbranche, car les initiatives actuelles s'inscrivent dans un cadre expérimental sur lequel il est compliqué de capitaliser, les acteurs ne maîtrisant pas l'ensemble des éléments objectifs à la réussite ou non d'une telle entreprise.

Enfin, le rôle des Caisses nationales est crucial pour permettre d'appuyer juridiquement l'échange des données qui fait obstacle à de nombreuses initiatives entre organismes. C'est le cas des parcours usagers qui nécessitent souvent un partage d'informations pour appliquer intégralement les principes qui structurent les modes de relation entre l'administration et le public, comme celui du « dites-le nous une fois ». L'échange de données est aujourd'hui trop complexe sur le plan technique et davantage sur le plan juridique en faisant application de la législation de protection des données personnelles. Toute évolution accompagnée par le niveau national permettra d'accélérer l'efficacité des coopérations, ce qui légitime son intervention le plus tôt possible. Enfin, l'investissement au niveau national serait un gage de crédibilité de la marche entamée à travers les Cog et un gage de confiance auprès de leurs réseaux respectifs.

II.2.2/ Promouvoir les coopérations auprès des usagers, des partenaires et des salariés des organismes

Une coopération nécessite un investissement important en communication, en privilégiant la communication à 360°, c'est-à-dire sous différents formats, pour capter l'attention du public cible : salariés, usagers ou partenaires de la caisse. L'impératif de communication doit également s'accorder avec celui de l'intelligibilité, car tout message, notamment lorsqu'il change l'état des choses, doit pouvoir être réellement approprié par son destinataire.

Concernant les salariés, ceux-ci ont besoin d'être intégrés à la démarche par différents outils : sondages, tchat, nomination d'ambassadeurs au sein des caisses… Il est possible de pousser la logique en associant plus directement les personnels et en leur permettant de participer aux comités de réflexion. Cela pourrait renforcer l'acceptation du processus. Quel que soit le format adopté, ces opérations doivent intervenir en amont, en cours et à la fin d'une coopération. En effet, cela permet de rassurer en interne et de prendre en compte les inquiétudes qui pourraient constituer d'éventuels obstacles, mais également les suggestions ou propositions utiles et opportunes. Il s'agit de ne pas faire de ces moments d'échange une simple formalité mais un point d'étape pour enrichir les travaux.

Concernant les usagers, et pour certaines coopérations, il est envisageable de coconstruire directement avec eux pour plus d'efficacité. Lors de la mise en place du

guichet commun à l'Urssaf, les usagers ont été impliqués car cela bousculait nombre de leurs pratiques. Cette association est d'autant plus importante qu'il est difficile en temps normal de communiquer auprès des usagers par les canaux traditionnels (courriels, voies d'affichage, courriers) et qu'il n'est pas aisé de mesurer le niveau d'attention des usagers et leur implication cognitive. Ainsi, pour pallier ce type d'inconvénients, il est possible de coordonner l'action de la Sécurité sociale avec d'autres réseaux ou d'autres dispositifs pour uniformiser le message et le simplifier, grâce notamment aux Maisons France services ou encore au site internet « mesdroitssociaux.gouv.fr ».

Concernant les partenaires, il peut être utile pour chaque organisme de partager une liste de partenariats, leurs objets et contacts. Cette liste mise en commun peut permettre de faciliter, voire optimiser la mise en place de nouveaux partenariats. Pour les partenaires, la coopération présentée peut faciliter leur activité et réduire le nombre d'interlocuteurs, comme pour les usagers.

Pour conclure, la volonté de travailler en interbranche atteste du dynamisme des organismes de Sécurité sociale souhaitant construire un service public plus cohérent et répondant aux besoins tant des usagers que des salariés. En effet, la pluralité des travailleurs, des personnalités et des compétences constitue une richesse qu'il est utile de décupler au profit des partenaires de proximité pour optimiser le travail réalisé ou simplifier les démarches. Tous les acteurs de la Sécurité sociale ont à exercer leurs actions sur un territoire délimité présentant des problématiques propres qu'il est parfois difficile de résoudre. C'est la raison pour laquelle les organismes de Sécurité sociale sont volontaires dans cette démarche. Toutefois, plus que la volonté, il nous semble important de rappeler que la démarche de l'interbranche est une fenêtre d'opportunité à saisir par les organismes locaux et *a fortiori* les Caisses nationales dans un contexte marqué par la crainte du désengagement du service public dans les territoires. Or, de manière pragmatique, nous pouvons affirmer que la réalisation du service public au plus près des territoires est un objectif dont le quotidien des problématiques de gestion peut nous éloigner.

Les deux exemples retracés dans cet article démontrent qu'une démarche de projet est faite d'imprévus et nécessite autant d'adaptabilité que de réactivité. C'est ainsi que, dans le cadre des travaux de la recherche action, il nous est apparu important d'évoquer les prérequis pour permettre à ce nouveau mode de coopération d'être profitable à tous. Si certains leviers sont ambitieux et non réalisables en l'état, ces derniers demeurent des points d'attention particuliers pour bâtir des coopérations effectives et durables dans le temps. Ceux-ci sont le préalable à la réalisation de l'interbranche qui dépasse les lettres de bonnes intentions et répond autant que possible au besoin de polyvalence et de transversalité du service public. Pour aller plus loin, nous avons également proposé une démarche type dans le cadre de nos travaux afin d'aider les volontaires qui souhaitent s'engager de manière plus opérationnelle.

L'enjeu consiste désormais à maintenir la cohérence du système de Sécurité sociale pour conforter son rôle prépondérant en tant qu'acteur du service public de proximité et en conserver la lisibilité pour les usagers, bénéficiaires prioritaires désignés de ces coopérations entre organismes. À cette fin, nous imaginons que les opérateurs de la Sécurité sociale puissent être représentés par une seule voix, celle d'un référent départemental unique, matérialisant ainsi un processus finalisé de coopération entre les différentes branches.

La contribution territoriale des Caf des DOM : la recentralisation du RSA au 1er janvier 2020 à la Réunion

Par **Frédéric Turblin**, Directeur de la Caf de la Réunion

Frédéric TURBLIN a débuté sa carrière à la Caf des Bouches-du-Rhône et a enseigné les questions sociales à l'IEP d'Aix-en-Provence durant 10 ans.
Directeur Adjoint à la Caf de La Réunion de 2008 à 2013, il est appelé à la Cnaf où il mettra en œuvre la Garantie des impayés de pensions alimentaires et sera pilote opérationnel de la création de la Prime d'activité.
Il est nommé directeur de la Caf du Gard en 2016 puis, en avril 2019, de la Caf de La Réunion.

Annoncée en avril 2019 et confirmée par le Président de la République lors de sa venue fin octobre, la recentralisation du Revenu de Solidarité Active (RSA) n'est pas qu'une opération technique ou financière. Après Mayotte et la Guyane en 2019, La Réunion est le troisième département à mener cette opération, qui concerne plus de 100 000 bénéficiaires et un flux financier annuel de 630 millions d'euros. Les Antilles pourraient suivre en 2021.

Les organismes des DOM se mettent-ils ainsi en avance de phase sur le futur Service Public de l'Insertion (SPI) et dans la perspective du Revenu Universel d'Activité (RUA) ? L'ampleur de la population couverte et des revenus de redistribution font paradoxalement des Outre-mer, dans le contexte de grande précarité qui est le leur, un laboratoire social d'expérimentation de nouveaux parcours d'insertion.

I - DES POLITIQUES PUBLIQUES DÉTERMINÉES PAR LES SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES

I.1/ Un contexte réunionnais marqué par une forte précarité…

À La Réunion, la Caf déploie son offre de service dans un contexte socio-économique particulier. Il se caractérise par de nombreuses fragilités et porte des enjeux forts en termes de cohésion sociale :

- une part conséquente de la population couverte par les aides de la Caf : 76,2 % ;
- une part importante de familles monoparentales : 45 % des familles allocataires et 25 % des allocataires (contre 16 % en moyenne nationale) ;
- une forte précarité monétaire, puisque 30 % de la population est couverte par les minima sociaux de la Caf et 40 % vit sous le seuil de pauvreté ;

- un taux de chômage qui touche 23 % de la population ;
- un taux d'illettrisme qui reste élevé avec 23 % de la population des 16 à 65 ans ;
- une fracture numérique encore présente.

En 2019, la Caf de La Réunion a versé au moins une prestation légale à près de 270 000 allocataires (soit la 11e Caf de France) pour un montant de 2 milliards d'euros. Au total, le nombre de personnes couvertes (conjoints, enfants et autres personnes à charges compris) s'élève à 650 000 personnes (plus des trois quarts de la population !). La revue de quelques prestations servies reflète l'ampleur des enjeux sociaux.

L'Allocation de soutien familial a été octroyée à 37 416 personnes ; pour plus d'un tiers de ces dossiers, l'enfant n'est pas reconnu par l'un des deux parents.

Les aides au logement concernent 115 945 allocataires pour 282 022 personnes couvertes. Les trois quarts sont en situation d'isolement (avec ou sans enfant) et la moitié perçoit au moins un minimum social.

Le nombre d'allocataires à bas revenus (percevant moins de 1 071 €/mois) a baissé de 2,4 % depuis 2017, mais reste à un niveau très élevé avec 154 563 allocataires pour 365 375 personnes couvertes : 46 % des allocataires sont bénéficiaires d'au moins un minimum social (contre 22 % en France métropolitaine), un effectif en augmentation en 2018, avec +4,2 %. La forte hausse du nombre d'allocataires bénéficiaires du RSA (+4,3 %) a été accompagnée de la hausse de nombre de bénéficiaires de l'AAH (+3,6 %) et du RSO (+6 %).

La prime d'activité couvre 166 544 personnes, soit 73 760 allocataires à fin juin 2019 ; en un an, ce sont près de 15 000 personnes supplémentaires qui en bénéficient, du fait de la revalorisation de 90 € du montant de la bonification individuelle. Le montant financier versé avoisine les 200 millions d'euros, à mettre au regard des 630 millions versés au titre du RSA. Le montant moyen mensuel par allocataire s'élève quant à lui à 220 €[1], ce qui en fait un levier puissant du retour (ou du maintien) dans l'activité (déclarée).

C'est dans ce contexte que le département de La Réunion a été retenu en 2018 par les pouvoirs publics, comme territoire démonstrateur de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté.

I.2/ … qui justifie une adaptation du cadre juridique et organisationnel

La singularité de La Réunion se lit dans les statistiques des bénéficiaires du RSA[2] : 25,8 % de la population de l'île est couverte par le RSA (20,3 % de la population des DOM et 5,1 % en Métropole) ; 54 % des bénéficiaires ont une ancienneté dans le dispositif supérieure à 5 ans, contre 33 % en moyenne nationale. La plus jeune bénéficiaire au titre de la prestation d'isolement est âgée de 13 ans !

Ce sont ces caractéristiques qui ont justifié le feu vert du Conseil d'État au projet de recentralisation, levant l'obstacle de la rupture d'égalité et du risque d'inconstitutionnalité. Pour autant, dans les chiffres au moins, le dispositif était jugé performant et pouvait desservir les besoins de la cause (le taux d'orientation de 90 % était ainsi

1 *Analyse & Études de la Caf de La Réunion.* N° 11/janvier 2020 (disponible sur caf.fr).
2 *Minima sociaux et prestations sociales, ménages aux revenus modestes et redistribution* - Édition 2018 DREES (Fiche RSA p. 49).

supérieur à la moyenne nationale, mais le faible taux de contractualisation soulignait les problématiques rencontrées et allait justifier le transfert de cette mission à la Caf).

L'exposé des motifs de l'article 77 de la loi de Finances 2020 explicite l'opération en ces termes :

« *Le présent article (...) a pour objet, d'une part de prévoir le financement par l'État des dépenses relatives au RSA et, d'autre part, d'en confier, par délégation, la gestion à la caisse des allocations Familiales de La Réunion.*

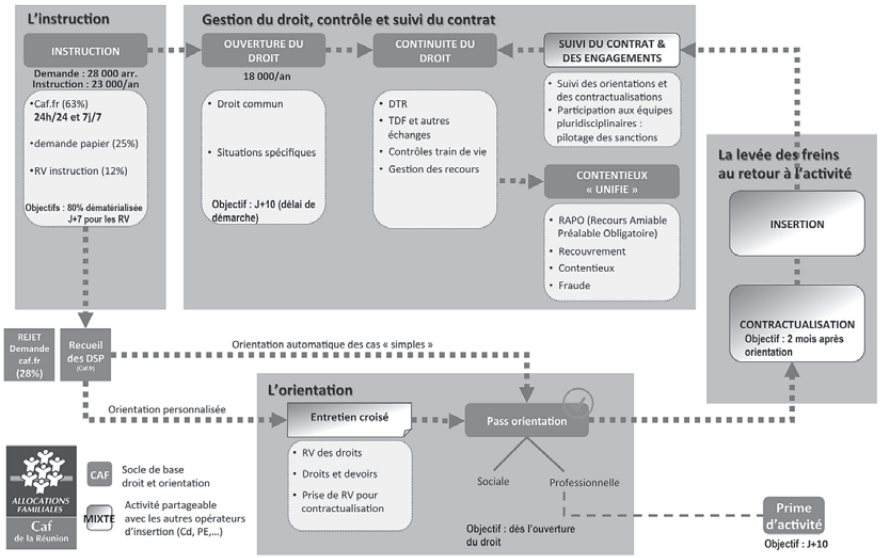
Outre la reprise du financement de cette prestation, l'État reprend l'attribution du droit à prestation et plusieurs compétences, dont celle d'orientation des bénéficiaires, qui sont déléguées de droit à la caisse d'allocations familiales. Le présent article prévoit une période transitoire de 11 mois pendant laquelle le Conseil Départemental conservera la compétence d'orientation. (...).

Afin de tenir compte de la charge supplémentaire pour la caisse d'allocations familiales, il sera procédé à une actualisation de la valorisation financière des emplois non transférés par la collectivité à l'État. »

S'ensuit la présentation du mécanisme technique de garantie financière pour les départements concernés au vu des effets de bord induits sur les ressources locales, via le Fonds de solidarité en faveur des départements (FSD) et le Fonds de stabilisation.

Depuis le 1er janvier 2020, la Caf de La Réunion est donc compétente sur l'ensemble du process en amont (instruction et suivi du droit) et elle assurera l'orientation des bénéficiaires à partir du 1er décembre 2020. L'objectif principal est de construire un parcours « sans coûture » pour l'allocataire : d'abord à la Caf sur les volets instruction, gestion et contrôle (le « juste droit »), puis avec l'ensemble des partenaires, de l'orientation au référent unique (le « juste accompagnement »[3]).

Le parcours du bénéficiaire RSA : un continuum de droits et d'accompagnement



3 *Rapport de Christine CLOAREC et Julien DAMON sur « La juste prestation pour des prestations et un accompagnement ajustés » (AN, 09/2018).*

Tout l'enjeu pour la Caf de La Réunion comme pour tous les acteurs de la Stratégie pauvreté est d'articuler un ensemble de politiques publiques dans cette nouvelle dynamique et ces ambitions sociales et territoriales.

II - LA RECENTRALISATION DU RSA INDUIT UNE RÉORIENTATION DES MODES D'INTERVENTION

II.1/ Une place au cœur de la Stratégie pauvreté...

Dans le cadre des ambitions Cog (Convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 entre l'État et la branche Famille), la Caf de La Réunion participe aux efforts nationaux, mais se doit de relever des défis supérieurs encore, au vu du contexte insulaire et notamment du retard historique en termes d'équipements. Elle s'est ainsi vu assigner par la Ministre des Outre-mer un objectif de création de :

- 1 500 places de crèche (à ce jour, 778 sont ouvertes, 704 sont programmées et 240 sont à l'étude) ;
- 15 centres sociaux, en plus des 10 existants depuis 2010 (à ce jour 1 est ouvert, 4 préfigurations sont lancées et 7 sont programmées, principalement en quartier prioritaire de la politique de la ville - QPV) ;
- 2 Points Conseils Budgets (le premier de France a ouvert à Saint-Denis, dans le quartier du Chaudron, en mars 2019).

Au-delà de ces axes principaux, la Caf de La Réunion est aussi présente sur la quasi-totalité des 16 axes de la stratégie, y compris au titre de la santé (du fait de la prévalence de certaines pathologies chez les jeunes), de l'alimentation (au vu des 40 millions d'€ de PARS versés annuellement) ou encore, bien sûr, de l'accès aux droits.

Ses moyens sont calibrés et structurés pour prendre en charge l'étendue des besoins, notamment en terme éducatif (objectif de doublement du nombre de classes passerelles, soit + 13) ou encore de prévention des violences faites aux femmes. Sur ce dernier point par exemple, au vu de l'ampleur du fléau, la Caf a fait le choix historique de déployer un dispositif massif de médiateurs familiaux (11 ETP), en lien avec les juridictions, dans le cadre d'un parcours séparation qui veut promouvoir la coparentalité.

Une étude de l'Observatoire de la parentalité puis une campagne de communication de grande ampleur ont ainsi valorisé la place du père. Au titre des droits et des obligations liés à l'autorité parentale, l'Agence de recouvrement des impayés de pension alimentaire (ARIPA) a récupéré plus d'1 million d'€ en 2019 ; dans un même temps, un appel à projet est lancé pour doubler le nombre d'Espace-rencontre (soit +2) afin de faire respecter les droits de visite et d'hébergement. L'intérêt de l'enfant est au cœur de la prévention des violences intrafamiliales, également portée par la Stratégie pauvreté.

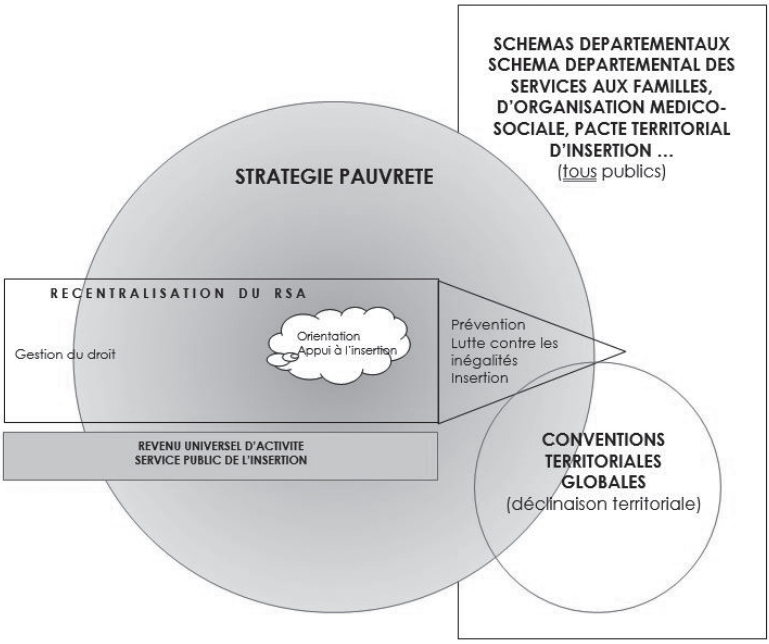
Les missions de la branche Famille et la place des Caf, particulièrement dans les DOM, se voient très clairement confortées par cette dynamique. Toutefois, dans une logique réaliste de capacité d'intervention, de moyens à mobiliser et de respect

des champs de compétences institutionnels, cette place ne peut qu'être partenariale et en réseau.

II.2/ ... et un rôle central dans l'articulation des dispositifs

L'un des enjeux primordiaux, tant pour la Stratégie pauvreté que pour la recentralisation du RSA est pour les acteurs d'inscrire ces dynamiques dans la cohérence globale et territoriale des politiques publiques. Cette nécessaire articulation doit couvrir plusieurs dimensions et perspectives :

Expérimentation de dynamiques sociales territoriales



Le renforcement du ciblage des interventions porté par la Stratégie pauvreté ne doit pas faire obstacle à l'universalité de la politique familiale ; c'est ce en quoi l'articulation des politiques est indispensable et commence par un important travail interne qui s'élargit progressivement à la dimension partenariale :

- réingénierie des processus et de l'organisation (fin 2019) ;
- finalisation du schéma d'accessibilité aux services de la Caf (mars 2020) ;
- élaboration et signature du Schéma départemental des services aux familles (juin 2020) ;
- prise en charge de la mission d'orientation des bénéficiaires de RSA par la Caf (décembre 2020).

Le premier enjeu pour la Caf est de décloisonner les démarches et de construire une « offre globale de service » qui va trouver à s'incarner dans les parcours usagers ou situationnels (séparation, logement, naissance d'un enfant, insertion, ...). Au-delà de l'accès aux droits, l'ambition est d'accroître l'autonomie des personnes ; en cela le positionnement institutionnel rejoint les objectifs assumés par la Stratégie pauvreté de retour à l'activité.

Depuis 2016, les Caf versent la Prime d'activité qui se révèle être un outil massif d'intervention en soutien des travailleurs pauvres (10 % des Français et des Réunionnais en bénéficient) ; mais au vu du faible nombre d'emplois disponible, sauf à cr éer des filières et structurer des parcours professionnels (dont il faut espérer qu'ils seront un effet induit de la recentralisation), la Caf souhaite d'abord travailler sur l'utilité sociale des personnes.

En créant des établissements d'accueil du jeune enfant ou bien des structures intergénérationnelles, de l'animation de la vie sociale ou de l'accompagnement scolaire par exemple, le Schéma des services aux familles (SDSF) va impulser une dynamique de développement favorisant l'articulation des politiques sociales. En déclinant dans les communes ces orientations par le biais de conventions territoriales globales (CTG), la Caf s'assure des relais nécessaires au déploiement et à la démultiplication de ces objectifs au plus près des bénéficiaires.

La place de la Caf, aux côtés de l'État, des collectivités et des autres partenaires se voit par conséquent confortée par la recentralisation du RSA.

Son rôle d'impulsion et d'ensemblier consiste principalement à :

- participer activement aux débats et à l'ingénierie des possibles ;
- mettre en place une méthodologie d'écoute des bénéficiaires et d'association des partenaires, afin d'adapter et simplifier les parcours usagers ;
- prendre en charge l'intégralité de la gestion de la prestation et favoriser l'accès au droit RSA et aux droits sociaux d'une manière générale ;
- assurer l'interface, le cas échéant avec les partenaires et notamment la CGSS, entre le droit RSA et les prestations connexes (CMU-C, ACS, Prime d'activité, Aspa...) ;
- améliorer le dispositif d'orientation, essentiel pour assurer un continuum d'intervention et réduire les délais de démarche et de prise en charge de l'accompagnement ;
- aider à la professionnalisation des acteurs par la rigueur de la gestion et de l'évaluation, la formation et la structuration des têtes de réseau ;
- redonner du sens à la prestation, en resserrant les droits et devoirs et en rendant effectives les sanctions, non par une politique de contrôle à tout va, mais par une pédagogie et un accompagnement actifs dans le droit
- expérimenter des dispositifs en interaction avec l'ensemble des prestations qu'elle sert (2 milliards €/an) et sa politique d'action sociale (130 M €/an) ;
- contribuer à l'articulation et à la mise en tension des différents leviers vers l'insertion sociale et professionnelle durable des Réunionnais.

III - UNE MÉTHODE EXPÉRIMENTALE ET PARTENARIALE POUR RENFORCER LES DYNAMIQUES SOCIALES TERRITORIALES

III.1/ De la réingénierie du processus...

De l'annonce de la recentralisation du RSA au 1er janvier 2020, la Caf a mis en œuvre un groupe projet composé de 16 pilotes de chantier, avec une méthodologie dite « agile » :

- une équipe projet mixte avec des représentants de chaque acteur concerné ;
- des cycles (ou « sprints ») de mise en œuvre/rétrospective rapide pour chaque chantier ;
- une logique d'expérimentation permettant de trouver des solutions innovantes sur le terrain.

Le groupe projet s'est attaché à :

- optimiser les nouveaux circuits internes avec une réingénierie du processus ;
- quantifier les moyens requis pour exercer les nouvelles délégations (+ 25 Etp sur le droit et + 5 Etp sur l'orientation) ;
- poser les indicateurs de l'évaluation des expérimentations ;
- définir la méthode.

Cette méthode « agile », sans cahier des charges formel, intègre dans sa philosophie d'action :

- le droit à l'erreur et l'acceptation de l'imperfection ;
- a progression « pas à pas » plutôt qu'une approche par « percée » ;
- l'importance de travailler avec les opérationnels ;
- l'opportunité de s'approprier le point de vue des usagers ;
- l'exigence d'expérimenter plus que de planifier.

La définition des objectifs et des critères d'évaluation est enfin fondamentale pour la réussite de l'opération, notamment en termes :

- de qualité de service : la suppression du circuit des décisions dites d'opportunité va induire une réduction des délais d'instruction et une meilleure réactivité de la prestation ;
- de modernisation du processus : 3/4 des allocataires choisissent déjà l'instruction en téléprocédure ; le recueil des données socio-professionnelles (DSP) en ligne supprimera une étape et raccourcira les délais d'orientation ;

- d'accès aux droits en lien avec l'ensemble des prestations servies par la Caf, notamment la prime d'activité, en cohérence globale pour sortir de la logique de guichet et pour rendre le travail attractif ;
- d'optimisation des ressources : l'intégration du process d'instruction, ouverture et suivi du droit doit simplifier les circuits et éviter les coûts induits en relation de service, contentieux, évaporation des publics… ;
- de gouvernance : en lien étroit avec la stratégie pauvreté (copilotage État - CD) et avec le Schéma départemental des services aux familles (copilotage État - Caf), la recentralisation du RSA doit rechercher la bonne articulation, respectueuse des compétences de chacun : coordination par l'État, gestion, suivi du droit et (pré-)orientation par la Caf, accompagnement vers l'insertion par le CD ;
- d'association des usagers et partenaires à la conception et la mise en œuvre des politiques de solidarité qui les concernent ;
- d'amélioration de l'accompagnement : par une orientation rapide et de qualité, les dispositifs de suivi de l'insertion n'en seront que plus efficaces ;
- de maîtrise financière par le service du juste droit : par la prévention des indus, le rappel des droits et devoirs, le suivi des parcours et engagements individuels, l'effectivité des sanctions ;
- d'équité sociale, selon le principe du *maximin* cher à John Rawls : maximiser l'aide aux plus défavorisés, aider chaque individu à exprimer et réaliser ses projets, en repérant ses fragilités, en levant les freins à la mobilité (formation, place de crèche…) et en valorisant ses « capabilités » chères à Amartya Sen.

Au titre des expérimentations possibles, la Caf a ainsi souhaité pouvoir tester plusieurs possibilités par :

- process (pré-orientation/orientation, orientation/accompagnement…) ;
- parcours (naissance, séparation…) ;
- publics (RSA majoré, jeunes de moins de 25 ans, flux des nouveaux entrants / perdus de vue…) ;
- territoires (Convention Territoriale Globale, QPV…).

L'écosystème du RSA nécessite de travailler les interfaces, les stratégies de coopération, les réseaux de proximité, les plateformes… Pour ce faire, un accord de méthode est rapidement apparu fondamental et les textes signés (la convention de gestion et surtout le protocole d'orientation et d'accompagnement) reconnaissent cette marge de manœuvre et d'expérimentation, a minima durant la période transitoire.

III.2/ … à la perspective du service public de l'insertion

L'opération de recentralisation doit faire sien l'objectif premier de la Stratégie nationale : la sortie durable de la pauvreté, dans la perspective des futurs Revenu Universel d'Activité et Service public de l'insertion.

« Un État garant du service public de l'insertion afin de garantir sur tout le territoire un accompagnement adapté pour tous : une sortie durable de la pauvreté. Cette exigence de permettre à chacun de s'épanouir dans la dignité et le sentiment d'utilité sociale procuré par le travail rejoint ainsi le triptyque « ressources - accompagnement - emploi » promu par les associations de solidarité du collectif Alerte.

Surtout, la révision en profondeur de l'orientation des allocataires du RSA constitue l'occasion de marquer un engagement accru de l'État comme garant du service public de l'insertion, aux côtés des collectivités territoriales.

Une telle responsabilité reposera bien sur l'engagement des individus dans une démarche proactive. Pour combattre les clichés fallacieux assimilant les bénéficiaires de minima sociaux à des personnes ayant renoncé au travail, il faut rendre plus claire et effective la logique des droits et devoirs qui est au cœur de notre contrat social. Celle-ci s'appuiera ainsi sur une orientation réelle, adaptée et la plus possible vers une solution d'accompagnement, un raccourcissement et une simplification de la mise en œuvre du mécanisme de sanction et un renforcement de la portée des contrats d'engagement.[4] »

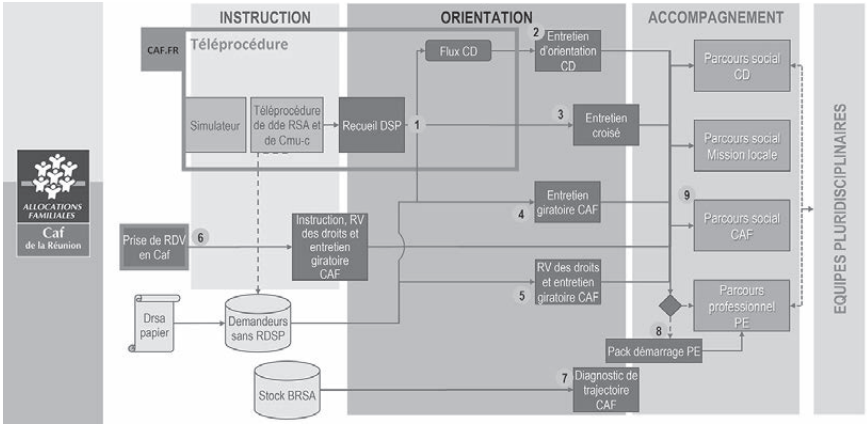
Un cadre d'expérimentation a été validé de manière partenariale pour tester 5 modalités principales d'orientation de 20 000 demandeurs par an :

- un algorithme pour la moitié du public sur la base d'un recueil des données socio-professionnelles (support et méthodologie nationales) ;
- des entretiens giratoires (ou entretiens flash, mis en œuvre à la Caf de l'Hérault) pour identifier la problématique et les projets de l'allocataire ;
- le pack de démarrage déployé par Pôle Emploi avec une modalité collective et participative d'élaboration du projet professionnel ;
- des entretiens croisés, en binôme de professionnels pour lever les freins au retour de l'activité ;
- des diagnostics de trajectoire pour identifier les perspectives d'accompagnement des bénéficiaires du RSA depuis plus d'un an.

Soit un enjeu de « sur-mesure » adapté aux difficultés et aux projets de chaque bénéficiaire, en mode « prêt à porter » au vu des flux massifs … et si possible pour des parcours « sans coûture » !

4 *Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté* (p.32)

Schéma des expérimentations



Une dizaine de combinatoires a été ensuite identifiée et sera testée sur les territoires. Ainsi l'accompagnement des bénéficiaires de RSA majoré par la Caf se fera prioritairement dans les communes volontaires et signataires d'une convention territoriale globale (CTG), au plus près des ressources de terrain ; ce sera l'expérimentation d'un « parcours intégré », avec des ambitions multiples (parentalité, formation, emploi, mobilité…) pour un public cumulant les plus grandes difficultés. Cette méthodologie fait donc le pari de l'intelligence collective et de l'autonomie de la personne, autour du « bien commun » qu'est le RSA.

La recentralisation du RSA à La Réunion renvoie à une prise de conscience de la spécificité de la question sociale sur l'île, de l'intérêt et de l'urgence à agir, de la nécessité à mettre en œuvre une méthode afin d'accompagner à la transition, du besoin d'innover pour aborder les problématiques autrement et libérer les énergies.

Cette nouvelle approche du social nécessite de dépasser le débat responsabilité/culpabilité individuelle pour viser une émancipation citoyenne et une résilience collective. Ces questions fondamentales se posent avec une acuité toute particulière, spécifiquement Outre-mer.

Il s'agit à l'évidence d'un véritable débat de société, après le Grand débat national et en lien avec les consultations en cours : quelles ambitions de nos politiques sociales, quels espoirs individuels et collectifs, quel développement social et territorial ? Pour que les minima sociaux ne soient pas « le seul horizon ».

La Protection sociale dans les collectivités d'outre-mer - L'exemple de la CAFAT de Nouvelle-Calédonie

Entré à la CAFAT en 2003, Laurent TOLMÉ occupe depuis 2012 les fonctions d'Adjoint au Directeur de la branche Recouvrement. En complément de ses activités, Laurent TOLMÉ participe depuis septembre 2019 au parcours de formation CapDirigeants (6e promotion).

La Nouvelle-Calédonie est singulière à plus d'un titre.

Par son statut juridique tout d'abord, car elle n'est ni un département, ni une collectivité d'outre-mer. Par ses richesses économiques ensuite, qui lui octroient une place à part au sein des territoires ultramarins de la région. Enfin par son propre pouvoir législatif au sein de la République Française, qui lui confère une autonomie déjà ancienne en matière de Protection sociale.

Ainsi, si le système de Protection sociale du Territoire s'imprègne d'un certain nombre d'orientations nationales, il s'en éloigne aussi sur plusieurs aspects. La CAFAT, organisme unique né en 1958, se consacre à la gestion de l'ensemble des risques de Sécurité sociale, jouant ainsi son rôle de redistribution et d'amortisseur social. Au-delà de l'équilibre budgétaire de ses régimes, la Caisse est elle aussi confrontée à de nombreux enjeux, tant dans son organisation que vis-à-vis de ses usagers.

La Caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie, incomplètement abrégée en CAFAT, est le gestionnaire essentiel de la Protection sociale sur le Territoire.

Il y a dix ans, à l'occasion d'une formation dispensée par l'EN3S en Nouvelle-Calédonie, deux représentants de l'EN3S[1], dont l'un est également contributeur dans ce 56ème opus, m'ont marqué par leur toute première question : « *Quel est le niveau de PIB du Territoire ?* » Je fus conforté dans ma conviction que l'équilibre des régimes de Sécurité sociale est intimement lié aux grands agrégats socio et macro-économiques.

Ainsi, pour comprendre et évoquer la Protection sociale en Nouvelle-Calédonie, il est indispensable d'en dresser au préalable un panorama institutionnel et macroéconomique (I), avant de passer en revue la CAFAT tant au travers de son histoire et de son organisation (II) que de ses régimes (III). Enfin, une dernière partie (IV), conclusive, sera consacrée aux enjeux qui attendent l'Institution dans les prochaines années.

1 Messieurs Claude Bigot et Pierre Ramon-Baldié.

I - LE STATUT JURIDIQUE DE LA NOUVELLE-CALÉDONIE, SES INSTITUTIONS ET SON ENVIRONNEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE

I.1/ Ni DOM, ni COM : un statut *sui generis*

À l'inverse de la Réunion, la Polynésie, la Guadeloupe ou Saint-Barthélemy, la Nouvelle-Calédonie n'est ni un département d'outre-mer (DOM), ni une collectivité d'outre-mer (COM).

Ainsi, elle n'est pas régie par les articles 73 et 74 du titre XII de la Constitution. La loi fondamentale de 1958 lui consacre un titre entier (le titre XIII et ses articles 76 et 77) depuis la signature des accords de Nouméa en 1998.

Ces accords, conclus 10 ans après ceux de Matignon-Oudinot (qui ont rétabli durablement la paix civile en fixant un statut transitoire à la Nouvelle-Calédonie), dessinent l'avenir institutionnel du pays en prévoyant jusqu'à trois référendums d'autodétermination[2]. Ces trois consultations peuvent permettre à la Nouvelle-Calédonie d'accéder à un statut international de pleine souveraineté en se dotant de compétences régaliennes, d'une citoyenneté et d'une nationalité propres.

Dès 1957 le Territoire bénéficiait d'une autonomie extrêmement étendue, notamment en matière d'hygiène, de santé publique, de couverture et d'aide sociales. Au-delà des référendums d'auto-détermination, l'accord de Nouméa et la loi organique du 19 mars 1999 sont venus renforcer l'autonomie de la Nouvelle-Calédonie en lui conférant des prérogatives législatives. Ainsi, les principes fondamentaux de la Sécurité sociale y sont directement adoptés par des lois du pays.

Ces particularités procurent à la Nouvelle-Calédonie un statut dérogatoire dit *sui generis* : sa singularité l'affranchit de toute appartenance à des catégories existantes de statut.

I.2/ Des institutions au fonctionnement innovant

Pour exercer ses prérogatives législatives et réglementaires, la Nouvelle-Calédonie s'est vue dotée d'institutions singulières *via* la loi organique de mars 1999.

Il n'y a pas de Parlement bicaméral local. L'assemblée délibérante prend la forme d'un Congrès où siègent 54 membres issus des trois Provinces (sommairement équivalentes aux départements nationaux) qui structurent le Territoire : Province des Îles, Province Nord et Province Sud, cette dernière concentrant une grande partie de la population et des richesses produites.

Le Congrès vote des lois du pays (à portée législative) et des délibérations (à portée réglementaire). Il élit et contrôle le Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, en charge du pouvoir exécutif. L'organisation du Gouvernement se décline en Directions qui lui sont rattachées (exemple : Direction du Budget et des Affaires Financières). Le Gouvernement étant collégial, chaque membre est chargé d'animer un secteur particulier.

2 Le premier référendum a eu lieu le 4 novembre 2018, le « non » à l'indépendance l'emportant à 56,7 % des suffrages ; le second référendum est prévu le 6 septembre 2020.

Ces deux institutions sont également complétées par le Sénat coutumier (en charge des terres coutumières et des signes identitaires kanak) et le Conseil Economique, Social et Environnemental (Cese), qui restent toutefois des instances consultatives.

Sous réserve des résultats des 2e et 3e référendums, l'État français demeure présent au travers du Haut-Commissariat, en charge des pouvoirs régaliens.

I.3/ Grands agrégats socio et macroéconomiques

En 2019, la population du Territoire s'établit à 271 000 habitants[3]. Si la croissance démographie reste dynamique, elle s'est nettement réduite (+ 1 % entre 2014 et 2019, à comparer aux + 9,4 % entre 2009 et 2014). Ce résultat provient d'un effet ciseau : d'un côté le solde naturel reste positif (+ 2 500 habitants chaque année), de l'autre, le solde migratoire est désormais négatif (- 2 000 personnes chaque année). Le vieillissement de la population est prégnant puisque la part des moins de 20 ans ne représente plus qu'un tiers des habitants (43 % il y a 20 ans) et que selon les estimations, 1 habitant sur 5 aura plus de 60 ans en 2030.

Le produit intérieur brut (PIB) de la Nouvelle-Calédonie s'est établi en 2018 à 8,6 Md€, soit 31.734 € par habitant, une valeur très proche de la Nouvelle-Zélande et de ses 4,8 millions d'habitants. Sur les 20 dernières années, l'économie de la Nouvelle-Calédonie peut se résumer en deux grandes périodes.

La période 1999-2011 tout d'abord, d'une prospérité économique assez remarquable, durant laquelle le taux de croissance moyen du PIB s'élevait à 3,7 %, grâce aux cours du nickel orientés à la hausse et dont le Territoire est fortement dépendant – il détient d'ailleurs 8 % des réserves mondiales ; ainsi que par d'ambitieux programmes d'investissements publics et privés (usines métallurgiques) qui jouaient un rôle moteur dans l'économie calédonienne.

Derrière ce panorama séduisant se cachaient cependant des points de faiblesse qui perdurent encore aujourd'hui : la taille modeste du Territoire et de son marché ne lui permet pas de s'ouvrir à la concurrence. De nombreuses protections de marché existent et génèrent des niveaux de prix élevés (30 % à 70 % plus élevés qu'en France) et de faibles gains de productivité. Par ailleurs, la conjoncture économique reste très dépendante de l'évolution des cours du nickel.

La période récente ensuite, 2012-2018, est marquée par un profond ralentissement de la croissance économique, avec une évolution moyenne du PIB de 1,2 %. Les investissements, qui représentaient le carburant majeur de la croissance, se sont réduits (on ne construit pas une usine métallurgique chaque année). À cela s'est combinée une nette dégradation des cours du nickel et une situation d'attentisme des chefs d'entreprise en matière d'investissement, du fait de l'approche des référendums d'auto-détermination, susceptibles de reformater le tissu économique et social.

La Nouvelle-Calédonie cherche donc aujourd'hui à sortir de cette forme de stagnation, notamment pour sortir d'une logique « tout nickel » dont les ressources ne sont pas inépuisables. Le Congrès vient à ce titre de voter une loi du pays portant sur un

3 Sources des statistiques de cette section : ISEE (Institut de la Statistiques et des Études Économiques) et IEOM (Institut d'Émission d'Outre-Mer).

programme de relance économique incluant des primes exceptionnelles de pouvoir d'achat et des mesures fiscales incitatives.

L'emploi salarié, qui pendant la période 1999-2011 augmentait d'environ 4 % par an, s'est fortement rétracté voire réduit dans certains secteurs. Le taux de chômage (au sens du Bureau International du Travail) s'est établi en 2017 et 2018 à 11,9 %. À l'instar de la France métropolitaine, il touche en particulier les jeunes de moins de 30 ans (28,3 %), *a fortiori* les personnes sans diplôme (41,3 %).

Globalement, la part du PIB consacrée à la Protection sociale s'élève à 23 %, soit presque un quart des richesses produites. Ce taux est légèrement supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE (21 %), mais largement inférieur à celui de la France (31,5 %[4]).

II - LA CAFAT : SON HISTOIRE, SON ORGANISATION ET SA GOUVERNANCE

En qualité de caisse unique, la CAFAT constitue un incontestable outil de rééquilibrage à l'échelle du Territoire, lequel est encore caractérisé par de fortes inégalités (indice de Gini à 0,42)[5]. Son acronyme témoigne des premiers risques dont elle eut la gestion.

II.1/ De 1955 à aujourd'hui

En 1955, le Conseil de la Nouvelle-Calédonie vote une proposition tendant à l'institution d'un régime de Sécurité sociale « *inspiré du régime métropolitain et adapté aux conditions locales* ». Ce régime couvre « *les prestations familiales, la réparation des accidents du travail, l'assurance maladie et la retraite du travailleur* ».

C'est ainsi qu'en décembre 1958 est créée la CAFAT, une société de secours mutuel[6] au statut juridique de droit privé. À partir de cette date, ses missions s'étendent considérablement avec le développement des risques de Sécurité sociale :

- 1961 : le régime de retraite est créé, ainsi qu'un premier régime de prévoyance ;
- 1969 : extension de la prévoyance avec la prise en charge des risques : maladie (dont chirurgie) et l'invalidité ;
- 1975 : création d'un régime d'assurance chômage en faveur des salariés ;
- 1976 : création de l'assurance maternité.

Le Régime Général de la Nouvelle-Calédonie se distingue donc de celui de la Métropole en ce qu'il intègre également le risque Chômage.

L'année 2002 consacre un tournant majeur avec la création du Régime Unifié d'Assurance Maladie Maternité (RUAMM). Le terme « unifié » renvoie au fait que l'ensemble

4 Source Drees pour l'année 2018.
5 À comparer à celui de la France métropolitaine, qui s'établit à 0,288 ; plus cet indice est proche de 0, plus les richesses sont équitablement partagées.
6 Conformément à la loi du 1er avril 1898.

des actifs cotise et abonde le même régime (avec toutefois des assiettes et des taux de cotisation différents).

La création de ce régime unifié, dont le financement prévoyait une part d'impôt, était une volonté politique forte dès 1970 mais de nombreuses difficultés juridiques jalonnèrent la genèse du projet. Par exemple, la législation ne permettait pas à la CAFAT, un organisme privé, d'être destinataire de recettes fiscales.

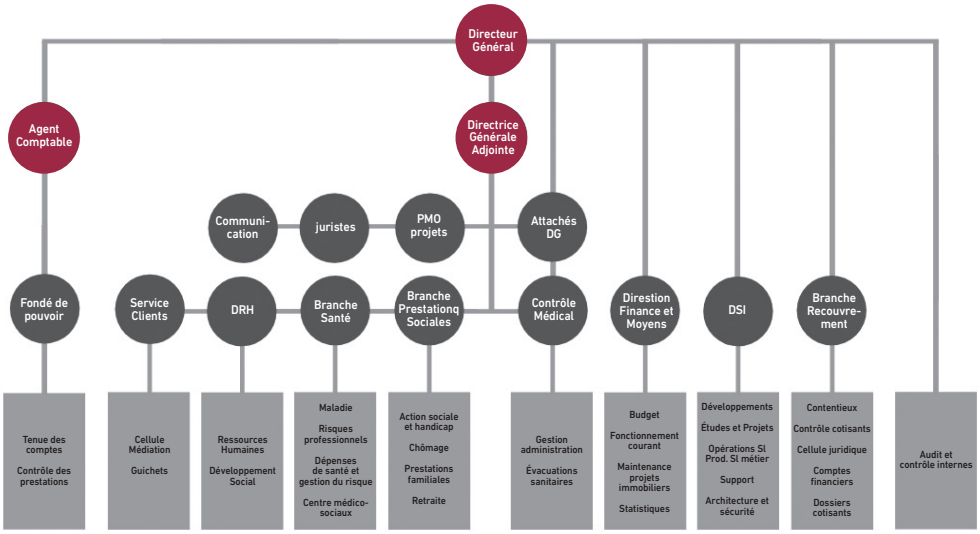
Il fallut attendre la loi organique de 1999 pour réellement entrevoir l'instauration du RUAMM. D'abord parce qu'à cette occasion, l'État donna son accord de principe à l'adhésion au futur régime de ses civils et militaires. Ensuite et surtout, parce que la loi susvisée conféra à la Nouvelle-Calédonie une compétence en matière de « *création et d'affectation d'impôts et taxes au profit (...) d'organisme chargés d'une mission de service public* ». La problématique juridique du financement était ainsi résolue.

L'extension des missions se poursuit après 2002 avec l'instauration de nouveaux régimes de solidarité, financés par l'impôt :

- 2005 : création des allocations familiales de solidarité au profit des familles à revenu modeste ;
- 2007 : création du complément retraite de solidarité (pour abonder le minimum contributif) ;
- 2009 : instauration du régime de soutien aux personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie ;
- 2011 : mise en place des allocations prénatales et de maternité et des allocations de rentrée scolaire.

II.2/ Effectifs et ressources humaines

À ce jour, l'effectif de la CAFAT se compose de 570 collaborateurs en CDI (taux de féminisation de 70 %), dont l'ancienneté moyenne est de 13 ans et l'âge moyen de 41 ans.



Compte tenu de l'autonomie de la Nouvelle-Calédonie en matière de Sécurité sociale, la CAFAT dispose de sa propre convention collective. La classification des métiers s'articule autour de différentes catégories d'emploi. On trouve ainsi des agents de bureau (catégories 1 et 2), des assistants gestionnaires (catégorie 3), des gestionnaires (catégories 4 et 5), des techniciens et agents de maîtrise (catégories 6 à 8), des cadres (catégories 9 et 10) et des cadres stratégiques (catégories 11 et 12). À chaque catégorie correspond une plage possible de « points d'emploi » (dont la valeur est fixée annuellement), qui fonde ainsi une partie importante de la rémunération. La valeur de celle-ci est complétée de « points d'ancienneté » et de « points d'évolution ». Ces derniers sont attribués sur proposition des Directeurs de branche, selon l'atteinte d'objectifs formulés à l'occasion d'entretiens annuels.

Contrairement à la convention collective de l'Ucanss, la rémunération n'intègre ni 13e ni 14e mois. Le 13e mois est remplacé par une prime d'assiduité versée en novembre, qui récompense le présentéisme et dont la hauteur maximale correspond au salaire mensuel brut moyen de l'année.

Le chapitre rémunération se complète enfin d'un accord d'intéressement, dont la réalisation est subordonnée à l'atteinte d'objectifs directement liés au projet stratégique de l'entreprise. En cas de versement, la prime d'intéressement est la même pour tous.

La Direction des ressources humaines est actuellement engagée sur trois chantiers stratégiques : l'amélioration de la qualité de vie au travail, l'accompagnement au changement et au développement des compétences et enfin l'encouragement à l'innovation.

II.3/ Gouvernance et rôle de la Tutelle

La CAFAT reste un organisme géré par un Conseil d'administration paritaire, composé de onze membres du collège employeurs et travailleurs indépendants, ainsi que de onze membres issus du collège des employés du secteur privé et public. Les membres du Conseil d'administration, bénévoles, sont nommés pendant trois ans.

Siègent aussi au Conseil d'administration, avec des voix consultatives, un représentant de chacune des trois Provinces, le trésorier payeur général, ainsi que le Directeur général et l'Agent comptable de la Caisse. Enfin, le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie est représenté aux réunions du Conseil d'administration.

Si depuis 1996, la Sécurité sociale de l'Hexagone a considérablement évolué dans sa gouvernance (effacement progressif de l'ère de démocratie sociale), en Nouvelle-Calédonie, les prérogatives du Conseil d'administration de la CAFAT restent étendues puisqu'il conserve notamment des missions de gestion (il fixe par exemple les paramètres du régime de Retraite). Une réforme de 2002 est cependant venue consacrer les pouvoirs propres du Directeur général, lequel agissait auparavant par délégation du Président.

L'action tutélaire (contrôle de légalité et d'équilibre budgétaire) s'effectue par la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS), rattachée au Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Cette Direction joue aussi le rôle de législateur en matière de textes de loi intéressant le domaine de la protection sociale. Elle met également en

œuvre les politiques en matière de santé publique et environnementale et contrôle les établissements hospitaliers publics du Territoire.

Schématiquement, la DASS mixe différentes prérogatives dévolues en France au ministère de la Santé et à la Direction de la Sécurité sociale, la CAFAT assumant davantage le rôle de caisses locale et nationale.

Enfin, la DASS peut être amenée à procéder à l'évaluation de l'efficacité des actions de la Caisse dans le cadre des Conventions d'Objectifs et de Gestion (Cog) qui peuvent être conclues entre le Gouvernement et la CAFAT.

II.4/ L'absence de Cog et de structure d'analyse et d'orientation

La seule véritable Cog, en ce qu'elle procédait réellement d'un partenariat entre le Gouvernement et la CAFAT, s'échelonna sur la période 2008-2010.

Depuis neuf ans, aucune convention n'a été signée. Cela n'a certes pas empêché la CAFAT d'établir différents projets d'entreprise ou plans stratégiques dont le dernier en date pourrait tout à fait s'inscrire dans des objectifs de type Cog : maîtrise des coûts de gestion, optimisation du recouvrement, meilleure qualité de service client, expertise au sein des acteurs de la Protection sociale et investissement dans le capital humain.

Il n'empêche cependant que ces projets d'entreprise, en dépit de leur qualité indéniable, n'ont pas la même portée et surtout, n'impliquent pas autant le Gouvernement et le Congrès de la Nouvelle-Calédonie que ne le ferait une véritable Cog.

De plus, contrairement à la France, le Territoire n'a pas les moyens de se doter de précieux outils de pilotage tels que les lois de financement de Sécurité sociale ou les programmes de qualité et d'efficience (PQE), même si l'élaboration de ces derniers n'est pas totalement exclue de la réflexion[7].

Par ailleurs, la richesse du réseau national, composé de ses trois étages (caisses locales et nationale, Direction de la Sécurité sociale) mais aussi les nombreuses institutions satellites gravitant autour du périmètre des politiques publiques constituent de puissants outils d'analyse et de décryptage. Cette richesse fait défaut sur le Territoire.

II.5/ Avantages d'une caisse unique

Compte-tenu de sa propre autonomie en matière de législation sociale, mais aussi de ses ressources plus limitées, le système de Sécurité sociale calédonien est resté fidèle au principe d'unicité cher à Ambroise Croizat.

Si cette décision a été susceptible d'affecter la structuration des orientations et de la gouvernance de la Sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie, elle a permis a contrario de bénéficier de certains avantages au profit des assurés sociaux et de la CAFAT elle-même.

7 Il s'agit d'ailleurs d'une préconisation formulée par l'IGAS en juin 2018, dans le cadre d'une mission d'appui-conseil portant sur l'organisation, la gouvernance, le pilotage et la régulation du système de protection sociale et de santé.

Pour les usagers, cela signifie un lieu unique de gestion des prestations et un même site web d'informations et de démarches en ligne. La présence d'un guichet unique constitue également un avantage certain.

Côté CAFAT, l'unicité lui permet de mutualiser le fonctionnement de ses services supports (Ressources humaines, Direction des Systèmes d'Information, Communication, Juridique, etc.), ce qui lui garantit des coûts de gestion relativement faibles. Des travaux d'analyse des processus, couplés à des efforts sur la masse salariale, ont d'ailleurs permis pour la 3e année consécutive, de diminuer les coûts de gestion de l'organisme.

Une Caisse unique signifie également un patrimoine informationnel inestimable qui doit permettre de mettre en œuvre plus de transversalité et de simplification dans les démarches client (principe du « dites-le nous une fois »). Cependant, comme en Métropole, trop souvent des données sont équivalentes mais pas exactement assimilables dans les branches, compte tenu de définitions et de modalités de calcul différentes, limitant les possibilités de réutilisation. Des marges de progrès considérables sont possibles mais restent subordonnées à une harmonisation juridique des informations et de leur définition, ainsi qu'à une plus grande interopérabilité entre les systèmes d'information.

La gestion dans un seul organisme de l'ensemble des risques de protection sociale renforce également l'attractivité de l'Institution, notamment auprès d'une partie des jeunes générations pour lesquelles, de plus en plus, le rôle sociétal de l'entreprise est un facteur de choix.

III - LES RÉGIMES ET LEUR FINANCEMENT

III.1/ Le financement des prestations

Hormis les prestations qui relèvent de la seule fiscalité, les cinq risques de Sécurité sociale gérés par la CAFAT sont en grande partie financés par les cotisations sociales (80 %[8] en moyenne).

L'inspiration bismarckienne est donc encore patente, comme en témoignent aussi les taux de cotisation qui malheureusement ne sont ni proportionnels ni progressifs, compte tenu de l'existence de différents plafonds (ou tranches au-delà desquelles le taux d'appel est inférieur au taux nominal) sur les cinq régimes.

Schématiquement, la répartition des encaissements au profit des différents régimes s'effectue selon une matrice récapitulant, pour chaque type de cotisant ou secteur d'activité, une clé de répartition proportionnelle aux taux de cotisation ramené à base 100. Par exemple, le taux de cotisation Retraite des salariés du privé s'élève à 14 %, et le total des prélèvements est de 46,355 %. Ainsi, lors d'un encaissement, 30,2 %[9] de celui-ci sera affecté au régime Retraite.

8 En intégrant les flux financiers versés par le Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie qui viennent compenser certains allégements ou exonérations de cotisations.
9 (14 % x 100 % / 46,355 %).

L'année 2015 fut marquée par l'entrée en vigueur de la Contribution Calédonienne de Solidarité (CCS), l'équivalent de la CSG métropolitaine. Comme la CSG, cette contribution relève de l'impôt, mais ses recettes issues des revenus d'activité et de remplacement sont recouvrées par la CAFAT, selon les mêmes modalités que les cotisations. La contribution est ensuite reversée au Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, même si son usage est de contribuer à la pérennisation des régimes sociaux.

III.2/ Assurance Maladie : le défi de la maîtrise des dépenses de santé

La Nouvelle-Calédonie bénéficie d'infrastructures hospitalières modernes, comme en témoigne l'ouverture récente en 2016 du Médipôle (85 000 m^2, 650 lits, 12 salles d'opération, certification HQE[10]).

Au demeurant, le coût de la santé reste très élevé en Nouvelle-Calédonie puisqu'il représente environ 50 % des dépenses en matière de Protection sociale, loin devant la France (35 %). Paradoxalement, compte tenu du facteur prix, ce taux de 50 % ne permet pourtant pas de couvrir un niveau de prestation élevé (seulement 2 200 € / habitant contre environ 3 900 € / habitant en France). Ainsi, l'espérance de vie des femmes et des hommes se situe respectivement à 80 et 75 ans, soit 5,3 et 4,5 points de moins qu'en France.

Dans son principe, le RUAMM constitue un excellent dispositif, permettant à 94 % des habitants de bénéficier d'une couverture santé, indépendamment du statut (salariés, employeurs, indépendants, fonctionnaires, ainsi que leurs ayants droit). En matière de soutenabilité financière en revanche, le régime fait l'objet de déficits annuels successifs, dont le cumul s'élève fin 2019 à environ 260 M€. Au-delà de ces chiffres comptables, le régime subit régulièrement des ruptures de trésorerie, ce qui le conduit à retarder ses paiements auprès des professionnels de santé et à surseoir au versement des dotations globales de financement des hôpitaux.

Le déséquilibre structurel du RUAMM provient avant tout de l'évolution des dépenses de santé dont le rythme est effréné : en 25 ans, elles ont été multipliées par cinq, soit une progression annuelle moyenne de presque 7 %. Sur les quatre dernières années cependant, le rythme de progression oscille plutôt autour des + 4,5 %, un taux certes inférieur mais qui demeure insoutenable sur la durée. En 2018, les dépenses du RUAMM se sont chiffrées à 590 M€.

En lien avec l'absence de loi de financement, la Nouvelle-Calédonie ne bénéficie pas encore d'objectifs annuels en matière de dépenses de santé[11]. Les dépenses annuelles sont fixées à la fois par les élus (taux directeur des dépenses hospitalières et niveau de dotation globale) et par la CAFAT qui anime le dispositif conventionnel et négocie, avec les Provinces qui gèrent l'aide médicale gratuite, les tarifs des professionnels de santé libéraux (lesquels n'ont pas été relevés depuis 7 ans pour maîtriser les dépenses).

10 Haute Qualité Environnementale.

11 Proposition formulée depuis de nombreuses années par la CAFAT et recommandée par la mission IGAS de juin 2018 ; le Gouvernement actuel souhaite une adoption en 2020 et une mise en œuvre en 2021.

Comme les autres régimes de Sécurité sociale, le RUAMM est piloté par les partenaires sociaux siégeant au Conseil d'administration de la CAFAT. En pratique cependant, leurs leviers d'action sur le RUAMM restent limités : les compétences en matière de santé sont très diluées et le Conseil d'administration n'est pas le législateur. Ainsi, de nombreuses propositions concrètes et chiffrées, permettant de maîtriser l'évolution des dépenses de santé, ont été formulées depuis plusieurs années sans toutefois être suivies d'effets par le pouvoir exécutif et le Congrès.

D'où la proposition souvent évoquée que le pilotage du RUAMM se distingue des autres régimes de Sécurité sociale et tend vers une gouvernance plus partagée, d'autant que son financement est abondé par une part croissante de solidarité (recettes d'origine fiscale).

Les fortes tensions qui pèsent régulièrement et de manière croissante sur la trésorerie ont malgré tout conduit les pouvoirs exécutifs à élaborer une feuille de route stratégique à temporalité moyen – long terme, intitulée « Do Kamo[12] ». Parmi les nombreuses mesures évoquées : la création d'une Autorité Indépendante de Régulation (AIR), l'instauration d'un ticket modérateur sur les affections de longue durée, l'alignement des taux de remboursement sur ceux de l'Hexagone, le développement du virage ambulatoire, l'introduction d'une tarification à l'activité, etc. Beaucoup de ces mesures restent impopulaires auprès des calédoniens et des professionnels de santé, ce qui complique, pour l'exécutif, leur mise en œuvre.

À plus court terme, un plan de redressement du RUAMM a été dévoilé par le Président du Gouvernement. Encore au stade de négociation avec l'ensemble des acteurs de la Santé, il passe à la fois par des mesures permettant d'accroître les recettes et de soulager les dépenses. On ignore quelle sera l'ampleur des mesures votées, et, subséquemment, les effets de rééquilibrage qu'ils produiront.

III.3/ Les autres régimes

Concernant le régime Retraite, la population calédonienne reste jeune, avec un ratio actifs / retraités qui certes se dégrade un peu chaque année (vieillissement de la population), mais qui en 2018 est encore de 2,23 pour 1 (1,39 pour 1 en France). Ces caractéristiques démographiques permettent au régime de rester performant et d'afficher un taux de remplacement (rapport entre la pension et le dernier salaire) d'environ 51,5 %.

L'âge légal de départ à la retraite est toujours fixé à 60 ans, mais il est possible d'anticiper ce départ (jusqu'à 10 trimestres), sous certaines conditions qui peuvent entraîner un malus (décote).

À certains égards, le système existant en Nouvelle-Calédonie se rapproche du projet de réforme systémique discuté à l'heure actuelle dans l'Hexagone :

- Il s'agit d'un système à points : les cotisations acquittées chaque année sont divisées par la « valeur de référence » (1 point pour environ 20 € de cotisation aujourd'hui) puis inscrites au compte de l'assuré ; au moment de la liquidation, le total des points acquis au cours de toute la carrière est converti *via* la

12 Signifiant « Être épanoui » en langue kanak

« valeur du point » (2 € aujourd'hui). Le taux de rendement du régime est donc d'environ 10 % (20 € de cotisation valent 1 point qui lui-même vaut 2 € de pension) ;

- Le pilotage du régime est confié aux partenaires sociaux (Conseil d'administration de la CAFAT) qui fixent les valeurs de référence et du point, selon le salaire moyen annuel, mais aussi l'évolution du coût de la vie et la situation du régime.

Après plusieurs années d'excédents, en 2018, le régime a cependant affiché un déficit comptable de 21 M€, en lien avec une hausse de 4 % du nombre de retraités et des produits de cotisation en légère baisse sous l'effet de la stagnation (voire la baisse dans certains secteurs) du nombre de salariés. À cette date, le régime dispose de 417 M€ de réserves (280 M€ de pension versés chaque année). Des études actuarielles avaient anticipé ce résultat et des travaux de réforme sont entre les mains des partenaires sociaux (un recul à 62 ans de l'âge de départ figure parmi les options).

Comme évoqué précédemment, la conjoncture économique, et notamment l'atonie régnant sur les niveaux de masse salariale, ont un effet délétère sur l'équilibre des régimes. En 2018 (et pour la 3ème année consécutive), le régime chômage est en déficit (- 4 M€), avec un niveau de réserve s'élevant à 10,3 M€.

Du côté des Accidents du travail et des maladies professionnelles, la situation est encore plus alarmante puisque le régime accuse en 2018 une quatrième année consécutive de déficit (- 8 M€). L'état des réserves (7 M€) est devenu inférieur au minimum réglementaire, ce qui impose en 2020 l'application d'une réforme.

Enfin, le régime des Prestations Familiales est le seul qui affiche en 2018 un résultat positif (+ 3,5 M€), après cependant 3 années en territoire négatif, qui à elles seules ont représenté un déficit cumulé de 31,8 M€. Le résultat de 2018 s'explique principalement par des dépenses de prestations en légère diminution (- 2,5 M€). Il convient enfin de noter qu'il n'existe pas de prime d'activité ou de RSA en Nouvelle-Calédonie.

IV - LES FUTURS GRANDS ENJEUX DE LA CAFAT

À l'instar des caisses de Métropole, la CAFAT se trouve face à d'importants enjeux d'avenir. Trois d'entre eux apparaissent prépondérants.

D'abord la poursuite du développement d'une plus grande transversalité entre ses services et ses régimes, afin de maximiser les avantages que lui confère son unicité. Cette étape passe notamment par une transformation de la culture d'entreprise, qui par nature n'est pas immédiate. Des progrès considérables ont déjà été réalisés, par exemple avec la création toute récente d'une véritable Direction Client, qui transcende l'organisation en silo des branches ; ou par le lancement d'un guichet d'accueil spécifiquement dédié aux travailleurs indépendants, traitant à la fois de leur couverture santé et de leurs cotisations.

Ce premier enjeu doit permettre à la CAFAT de réinventer certains de ses process au bénéfice de ses clients qui attendent plus de transparence, de simplicité et d'immédiateté de service. C'est un devoir que nous avons à l'égard de nos usagers, amplifié par la crise de l'État providence que rencontre également le Territoire.

Ensuite sa capacité à moderniser certains de ses systèmes d'information, en particulier celui du Recouvrement et de la Maladie, bâtis sur des technologies certes robustes mais très anciennes et peu documentées, qui alourdissent les coûts de maintenance et d'évolution à chaque changement de réglementation. Des briques fonctionnelles plus modernes ont certes été implémentées avec la généralisation des téléservices, mais le cœur opérationnel reste fragile et source d'inquiétude. Les refontes de ces systèmes d'information ont plusieurs fois été entreprises, sans toutefois aboutir, à cause d'une problématique de coût amplifiée par un différentiel d'échelle : le budget de la CAFAT est considérablement plus faible que celui de la Sécurité sociale française, mais on ne peut concevoir pour autant que les systèmes d'information y soient considérablement moins développés. Ainsi, relativement, le poids financier et le temps à consacrer à ces refontes sont pour la CAFAT extrêmement complexes à mobiliser.

Ce deuxième enjeu doit, entre-autres, permettre à la CAFAT d'optimiser la performance de son recouvrement qui, même s'il reste honorable à ce jour (reste à recouvrer employeur de 5,5 %) offre encore des marges de progrès.

Enfin, la capacité de l'organisme à gérer de nouveaux risques ou régimes, à moyens plus ou moins constants. Sont notamment évoqués, dans les prochaines années, un régime retraite pour les travailleurs indépendants qui en sont aujourd'hui dépourvus (à moins d'un adossement au régime existant des salariés) ou l'arrivée irrémédiable d'un vrai risque dépendance. La CAFAT devra donc poursuivre et amplifier ses gains de productivité tout en développant l'agilité situationnelle et procédurale des équipes et des managers.

ÉCLAIRAGE

209 Parents31, l'innovation partenariale au service d'une politique en déploiement
Marianne Cariou, Sous-directrice en charge du Service aux Partenaires à la caisse d'Allocations familiales de la Haute-Garonne

PARENTS31, L'INNOVATION PARTENARIALE AU SERVICE D'UNE POLITIQUE EN DÉPLOIEMENT

Par **Marianne Cariou**, Sous-directrice en charge du Service aux Partenaires à la caisse d'Allocations familiales de la Haute-Garonne

Diplômée de l'En3s, Marianne Cariou est Sous-directrice en charge du Service aux Partenaires à la caisse d'Allocations familiales de la Haute-Garonne depuis 2015. Elle s'attache particulièrement à créer les conditions de l'échange entre les parties prenantes aux politiques familiales et sociales du territoire et à favoriser la co-construction des solutions.

Le site Internet Parents31 a été récompensé en octobre 2019 par le Prix Coup de Cœur du Jury du Grand Prix de l'Innovation de la Sécurité sociale. Site d'information fiable et gratuit à destination des familles et partenaires, il vise à promouvoir la politique de soutien de la parentalité, en rendant lisibles et visibles toutes les actions déployées en Haute-Garonne et à mettre en réseau les acteurs. Il illustre la dynamique partenariale à l'œuvre pour le portage collectif d'une politique publique en cours de structuration.

Parents31 constitue une base ressources ouverte et collaborative, à la croisée des enjeux actuels issus de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 de la branche Famille, des stratégies nationales du soutien de la parentalité, de prévention et de lutte contre la pauvreté et du parcours lié aux 1000 premiers jours de l'enfant.

I – PARENTS31 OU L'ÉMERGENCE D'UN BESOIN

Des mutations sociétales impactant la vie familiale

D'une pratique de terrain portée par des structures militantes, le soutien de la parentalité devient politique émergente, quand les acteurs publics prennent conscience

de l'enjeu sociétal que constitue l'accompagnement des évolutions profondes que connaît la famille (monoparentalité, familles recomposées, isolement géographique des parents impactant la transmission intergénérationnelle, préoccupations liées aux usages du numérique par les jeunes, etc.).

Emerge ainsi le besoin de construire de nouveaux points de repère dans un environnement en profonde mutation. Enjeu d'autant plus complexe que d'une part la diversité des situations familiales rend caduque l'idée d'une norme homogène et que, d'autre part, il semble que la pression exercée sur les parents, premiers éducateurs de leurs enfants, pour être de « bons parents » n'ait jamais été aussi forte. Ainsi, les acteurs du soutien de la parentalité, dans leur diversité et épaulés par des acteurs spécialisés (sociologues, professionnels de santé, etc.) apportent-ils peu à peu leur contribution à ce que doit ou peut devenir un exercice de la parentalité « suffisamment bonne »[1], perçue comme une condition essentielle à l'épanouissement de l'enfant, sans pour autant figer un « code du bon parent »[2].

Des pratiques d'accompagnement de la parentalité initialement peu lisibles

Les actions de soutien à la parentalité, fondées sur la définition de la parentalité donnée par le Comité national de soutien de la parentalité en 2011[3], visent à restaurer le parent dans ses compétences et à accompagner tout parent rencontrant des difficultés durables ou passagères dans son rôle éducatif quotidien auprès de ses enfants. Quatrième objectif des politiques familiales, avec l'encouragement à la natalité, la compensation des charges de famille et la conciliation vie familiale/vie professionnelle, le soutien de la parentalité se traduit par un appui pour les parents au quotidien (information, orientation, mise à disposition d'espaces d'échanges entre parents, avec des bénévoles ou des professionnels, soutien sur des thématiques spécifiques comme la scolarité, l'autorité, la communication intrafamiliale, etc.), mais aussi un accompagnement des parents dans des moments de conflit, de rupture (séparation, conflits familiaux, exercice de la coparentalité, etc.).

La politique de soutien de la parentalité, bien qu'elle soit fondée sur une définition large, se déploie en priorité à travers six dispositifs : les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), les lieux d'accueil enfants/parents (LAEP), les Points info famille (PIF), les contrats locaux d'accompagnement à la scolarité (CLAS), la médiation familiale et les espaces de rencontres. Par ailleurs, d'autres acteurs publics ou associatifs contribuent également au soutien de la parentalité, sans

1 Référence à Donald W. Winnicott, pédiatre et psychanalyste britannique, ayant développé notamment le concept de « mère suffisamment bonne » dans l'ouvrages au titre éponyme (1953).

2 « L'idée n'est certainement pas d'instaurer un « code du bon parent », mais de donner à chacun confiance en elle ou en lui dans son rôle de parent. Adrien Taquet,19 septembre 2019 », cité dans « Tout comprendre sur les 1000 premiers jours de la vie de l'enfant » (2019).

3 Comité national de soutien de la Parentalité, 2011 : « La parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant. Cette relation adulte/enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant ».

s'inscrire dans les dispositifs précités ; les crèches, les accueils de Protection Maternelle et Infantile du Conseil départemental, les travailleurs sociaux des Caf, les centres sociaux, les médecins de famille, etc. contribuent largement à un maillage territorial de proximité venant en soutien des parents au quotidien.

La diversité des structures porteuses et modalités d'intervention, qui constitue à la fois une bonne pratique et une limite, n'est pas la seule source de complexité de la politique de soutien de la parentalité. Celle-ci est en effet marquée par des paradoxes qui affectent sa lisibilité :

- un difficile rapport à la norme, en visant à soutenir sans prescrire, délicat équilibre à trouver tant dans l'action de terrain que dans la conception de cette politique, interpellant quant à son objectif réel (normer sans le dire ?) ou ses impacts (quel effet de l'action si celle-ci ne vise qu'à confirmer les pratiques existantes ?), dans l'esprit tant des bénéficiaires potentiels que des décideurs/financeurs ;
- des pratiques cadrées mais admettant de nombreuses exceptions (action collective mais parfois individuelle, en principe préventive mais parfois curative, en principe généraliste mais parfois spécialisée) ;
- un investissement social préventif stratégique pour éviter des interventions ultérieures coûteuses, mais qui peine souvent à démontrer ses effets, de long terme et en creux ;
- une mission sociale cruciale mais des moyens proportionnellement faibles par rapport aux montants engagés pour les prestations familiales légales ;
- un pilotage éclaté, reposant sur l'État, pilotant la stratégie nationale en collaboration avec la Cnaf, les Caf qui l'animent localement dans le cadre des Schémas Départementaux de Services aux Familles, les collectivités qui s'investissent sur la base du volontariat (compétence facultative) et une myriade d'acteurs locaux publics, associatifs et désormais issus du mode privé lucratif, qui portent localement les actions.

Dans ces conditions, par manque de visibilité, le soutien de la parentalité est souvent resté un sujet secondaire dans l'agenda des décideurs.

Une structuration progressive et des objectifs clarifiés

Installé en 2010, le Comité national de soutien de la parentalité a posé les bases d'une politique en émergence, qui s'est progressivement structurée. En 2013, s'appuyant sur la création des Comités départementaux de soutien de la parentalité, l'animation départementale et le financement du soutien de la parentalité est confiée aux Caf par délégation de l'État. Les Caf deviennent de fait localement les principaux acteurs de la politique de soutien à la parentalité, bien que la majorité des projets ne puisse voir le jour qu'en partenariat étroit avec les collectivités.

Les orientations actuelles de la politique de soutien à la parentalité ont été arrêtées par la Stratégie nationale de soutien à la parentalité « Dessine-moi un parent » élaborée en 2018.[4] Elles font l'objet d'une déclinaison dans le cadre de la Cog de la Branche famille avec l'État pour la période 2018-2022, avec trois principaux objectifs :

- poursuivre le maillage territorial en services Parentalité ;
- renforcer la visibilité de l'offre Parentalité en regroupement les offres existantes dans des lieux ressources ;
- accompagner les moments de rupture familiale, à l'arrivée de l'enfant, lors de l'adolescence et en cas de séparation, à travers des parcours usagers.

La Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté porte une attention particulière aux familles les plus vulnérables afin de proposer des temps en collectivité pour leurs enfants. La poursuite du développement des Laep, notamment dans les quartiers prioritaires, concourt à cet objectif.

Localement, ces orientations sont déclinées dans les schémas départementaux des services aux familles (SDSF) et les conventions territoriales globales conclues entre les Caf et les collectivités. En Haute-Garonne, l'élaboration du SDSF, dès 2015, a constitué un véritable accélérateur de partenariat, rassemblant 18 signataires ayant la volonté de co-construire et piloter conjointement les politiques de la petite enfance et du soutien de la parentalité.

Parents : un besoin de soutien, une offre peu accessible

Les travaux du SDSF de Haute-Garonne se sont appuyés sur des constats nationaux et locaux. À l'échelle nationale, plus de deux parents sur cinq estiment aujourd'hui difficile l'exercice de leur rôle, selon l'enquête « Parentalité 2016 » de la Cnaf. Le diagnostic Parentalité réalisé par la Caf de la Haute-Garonne (2014) conforte ce constat et indique en particulier que, au regard de leurs besoins d'accompagnement (notamment concernant la scolarité et la santé des enfants, la conciliation entre vie professionnelle, vie familiale et vie de couple, la communication intra-familiale), leur rapport à l'offre de service est problématique. Celle-ci est souvent méconnue ; les parents sont par ailleurs freinés dans leur participation par manque de temps, peur du jugement ou difficulté d'accès à l'information. Ils recherchent avant tout des réponses concrètes à leurs interrogations au moment où elles se posent. 86 % des parents citent le web comme moyen de communication le plus adapté pour obtenir de l'information. Le réflexe nouveau de se tourner vers Internet pour les questions relatives à la parentalité représente un tournant majeur dans la pratique des parents.

Ces constats, étayés par un travail réalisé en collaboration avec un anthropologue spécialiste des questions de parentalité[5] ayant conduit à l'élaboration d'un référen-

4 Celle-ci vise à « mieux prendre en compte les besoins et attentes des usagers et (...) s'appuyer sur les ressources et le pouvoir d'agir des parents eux-mêmes quelle que soit leur situation (...), faciliter le développement d'offres innovantes et mieux adaptées à ces besoins, (...) veiller à la bonne articulation, dans une logique interministérielle et interinstitutionnelle, entre l'ensemble des formes de l'action publique qui concourent à soutenir les parents dans leur rôle de parent » afin d'offrir « aux familles un parcours fluide d'accompagnement de la naissance de l'enfant jusqu'à son accession à l'autonomie », Dessine-moi un parent - Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018-2022

5 Serge Escots, Institut d'Anthropologie clinique, Toulouse

tiel départemental du soutien de la parentalité, ont incité les acteurs locaux à définir comme priorité l'amélioration de la communication à destination des parents dans une approche résolument partenariale et décloisonnée, la parentalité étant identifiée comme « l'affaire de tous ».

Opérateurs : un besoin de soutien sur la promotion des actions et la mise en réseau

Toujours selon le diagnostic départemental, les opérateurs rencontrent eux-mêmes des difficultés concernant leur mise en réseau, leur formation et la promotion de leurs activités auprès des parents. Sur le troisième point, des ressources nationales existaient pour répertorier l'offre existante, comme monenfant.fr, mais ce site restait identifié comme un levier Caf centré sur les modes d'accueil du jeune enfant tandis que le portage de la politique parentalité émanait localement d'une mobilisation partenariale ; il ne permettait pas, par ailleurs, la dynamique collaborative souhaitée ; enfin, il ne prévoyait pas d'espace professionnel pour la coordination départementale parentalité.

Progressivement s'est ainsi dégagée l'idée d'une ressource Web locale et portant dans son ADN un esprit partenarial et collaboratif pour l'information des parents et de coordination du réseau parentalité. Les partenaires du SDSF retiennent cette action comme l'une de leurs actions prioritaires.

II - LA SOLUTION PARENTS31, PLATE-FORME PARTENARIALE FIABLE, GRATUITE ET COLLABORATIVE

Fondé sur les résultats du diagnostic départemental, la création du site Parents31.fr était l'une des actions SDSF les plus attendues, tant de la part des parents que des professionnels. En effet, il répond via un portail unique et cohérent à des besoins différenciés.

Un site innovant dans sa conception

Parents31.fr est un projet conçu et réalisé par la Caf de la Haute-Garonne et porté par l'ensemble des signataires du SDSF, en particulier le Conseil départemental de la Haute-Garonne et la Direction Départementale de la Cohésion Sociale, ainsi que plusieurs collectivités, dont Toulouse métropole. Lancé en novembre 2018, le site web permet :

- aux parents d'accéder via un seul portail unique et officiel à des informations pratiques très complètes pour les informer et les accompagner dans leur rôle au quotidien sur les sujets de l'enfance et de la parentalité : actualités, informations générales, ressources documentaires, agenda des événements locaux, carte interactive géolocalisant les acteurs de la parentalité et leurs actions près de chez eux...,

- aux opérateurs de la parentalité de la Haute-Garonne de promouvoir en ligne, gratuitement, leurs structures et offres de services auprès des familles,
- de faciliter l'animation du réseau des acteurs de la parentalité en Haute-Garonne grâce à un espace professionnel.

Un outil pensé selon une logique «utilisateurs»

Conçu selon une logique «utilisateur», le site propose de l'information selon la tranche d'âge de l'enfant et les événements de vie pouvant déstabiliser la cellule familiale. Chaque rubrique est ensuite déclinée par thématique (santé, scolarité, handicap, etc.). Les informations sont géolocalisables sur une carte interactive et positionnées sur un agenda. À l'aide de nombreux filtres, les recherches peuvent être affinées selon l'âge de l'enfant, une thématique (santé, mode de garde, scolarité, handicap…) et un type d›événement (activité parents-enfants, conférence, groupe de parole, etc.). L'intégration d'un moteur de recherche puissant au site permet la sélection fine de l'information par thématique et territoire. Il offre enfin la possibilité pour les opérateurs de se référencer en ligne, directement sur le site.

La conception du site en fait un outil adapté aux usages : il est ergonomique, totalement réalisé en responsive design, consultable sur PC, tablette et smartphone ; à ce titre, nous notons que 58 % des consultations du site se font sur smartphone.

Une aide à l'analyse des besoins

Parents31 constitue aussi une ressource pour affiner les orientations en matière de développement des offres de service sur les territoires, via l'extraction des données de fréquentation du site (Google Analytics) et leur analyse. Ces données permettront de comparer l'offre de services de soutien de la parentalité sur les territoires et les recherches effectuées sur le site Parents31 par les parents pour mesurer les écarts. La progression de la fréquentation du site renforcera la fiabilité des données, afin d'en dégager des tendances.

Les types de recherche effectués par les parents et la provenance des utilisateurs alimenteront le diagnostic et le plan de développement des services de soutien de la

parentalité intégré au SDSF. Ils permettront aussi d'étayer les diagnostics préalables à la signature des Conventions territoriales globales entre la Caf et les collectivités. Car l'objectif est bien de faire le lien entre le numérique (le site Internet) et l'offre de service physique (des professionnels et bénévoles formés à l'accompagnement des parents). Ainsi, en cas d'écart notable entre les recherches effectuées par les parents sur un territoire donné et l'offre de service disponible et si le besoin est corroboré par une étude qualitative de terrain, on peut imaginer développer, dans le cadre d'une CTG et en déclinaison du SDSF, un nouveau service.

Des cibles complémentaires

Les bénéficiaires externes du projet sont :

- tous les parents de la Haute-Garonne et prochainement, les beaux-parents et grands-parents, qui bénéficieront de rubriques dédiées, soit plus de 142 000 familles[6],
- les acteurs du soutien de la parentalité, labellisés en tant que tels (Clas, Laep, Services de Médiation familiale, Espaces de rencontres), mais aussi autres contributeurs publics ou associatifs à cette politique, soit plus de 250 structures en Haute-Garonne,
- les 18 partenaires institutionnels et signataires du SDSF (Caf, Conseil départemental, État (DDCS, ARS, TGI, Éducation nationale), MSA, Cpam, communes et intercommunalités, Conseil régional, Fédérations…), appelés valoriser sur le site les services à destination des parents qu'ils portent en propre ou soutiennent en tant que cofinanceurs et à publier des actualités,
- la coordinatrice parentalité de la Caf, qui s'appuie sur Parents31 pour coordonner et animer le réseau des opérateurs de la parentalité grâce à l'espace professionnel (rubriques actualité, appels à projets, échanges de pratiques, ressources…), en complémentarité des autres modalités d'animation de réseau en présentiel,
- les travailleurs sociaux (Caf, Conseil départemental, centres sociaux, CCAS, service social inter-entreprises, autres acteurs), qui utiliseront Parents31 pour orienter les bénéficiaires vers les ressources du territoire qui correspondent à leur besoin,
- les partenaires en relation directe avec les parents en capacité d'orienter les parents vers le site (410 crèches, 650 centres de loisirs, 53 centres sociaux et 10 espaces de vie sociale, 83 relais assistantes maternelles).

Une démarche projet en mode ouvert et collaboratif

Le site parents31.fr est le résultat d'une démarche projet collaborative qui s'appuie sur un réseau d'experts en interne et en externe. Porté par les 18 signataires du SDSF, il a été conçu par un comité partenarial comprenant des parents, avec l'aide

6 La Caf de la Haute-Garonne compte 142 000 familles allocataires avec enfants au 31/12/2018, *source : BCA Caf31*.

d'un réseau d'ambassadeurs constitué d'opérateurs parentalité, réalisé par la Caf avec l'aide d'un prestataire extérieur (pour la réalisation notamment des outils de cartographie et du formulaire de référencement en ligne des opérateurs) ; il est géré par la Caf et le Conseil départemental et alimenté par l'ensemble des opérateurs parentalité de la Haute-Garonne (après habilitation) directement en ligne.

La démarche a suivi une méthodologie de projet dont le phasage a été accompagné par la structuration progressive des instances du SDSF et la définition de son plan d'action, validé en 2017. Dès 2016, un comité partenarial s'est organisé pour définir le cahier des charges détaillé des besoins utilisateurs et faire valider politiquement auprès de chaque institution chaque étape du projet. Le site a été livré en deux versions, la première (juin 2018) se concentrant sur l'information aux parents à travers le référencement des structures, la seconde (février 2019) embarquant l'espace professionnel et des améliorations en termes d'ergonomie.

Ce projet a été rendu possible par la mise à disposition régulière de personnels par les partenaires et par la mobilisation des fonds dédiés au SDSF gérés par la Caf, venant financer l'appel à un prestataire pour le développement informatique du site, suite à procédure de marché public. Une charte graphique axée utilisateurs et ne valorisant pas une institution plus que les autres a permis de passer outre les questions relatives aux identités visuelles institutionnelles. La démarche collective de création du site s'est fondée sur une logique de consensus. Le temps passé à la co-construction partenariale du projet (des institutions, des collectivités, des associations, des professionnels, des bénévoles, des parents se sont accordés et ont cheminé ensemble pas à pas) a constitué un véritable investissement pour la conception d'un outil de politique publique.

Une démarche de communication partenariale et multi-canal

Face aux ressources Web déjà existantes à destination des parents (sites privés généralistes et site de branche monenfant.fr), l'enjeu du lancement de Parents31 était de faire comprendre aux utilisateurs potentiels l'intérêt d'un site local relayant des actions de proximité de manière décloisonnée. La communication a ciblé la dimension concrète du site et ses fonctionnalités qui correspondent de manière réaliste aux besoins des parents aujourd'hui : un moteur de recherche puissant permettant de sélectionner l'action répondant au besoin immédiat du parent, située en proximité et géolocalisée.

Le lancement officiel du site s'est traduit par une conférence de presse animée par la Caf, le Conseil départemental et la Direction départementale de la cohésion sociale et relayée dans plusieurs médias locaux. Une campagne de promotion a ensuite permis de toucher le grand public : spots radio (NRJ, RFM, interview sur Toulouse FM…), campagne vidéo sur Facebook, Twitter et Instagram, affichage dans le métro, promotion ciblée sur sites web et applications mobiles, articles de presse (presse gratuite, Vie de Familles, journaux partenaires…), promotion au fil de l'eau sur l'ensemble des outils digitaux de la Caf. Une campagne d'e-mailing aux allocataires (futurs parents et parents d'enfants à charge de 0 à 25 ans) a été menée.

Les acteurs locaux ont été informés via un article dans le journal de la Caf à destination de ses partenaires « Acteurs et territoires », ainsi que par la présentation du site Internet et de ses enjeux lors de réunions/journée d'information partenaires, la diffusion d'un flyer promotionnel et d'une plaquette «mode d'emploi» à destination de tout acteur souhaitant se référencer sur le site, des actions d'e-mailing explicatif et de phoning.

Les partenaires institutionnels parties prenantes au projet, notamment le Conseil départemental et les communes ou communautés de communes impliquées, ont également relayé l'information par le biais de leurs propres leviers de communication, sur la base d'une charte graphique partagée et en mentionnant le partenariat à l'œuvre dans ce projet.

Au sein de la Caf, il a semblé essentiel de travailler à l'appropriation de cette nouvelle ressource par les différents métiers. Des actions de communication interne ont été menées (articles sur l'Intranet Cafcom, sur le réseau social interne Yammer, dans les journaux internes, sur les écrans d'affichage, etc.) afin que Parents31 devienne une référence pour les salariés, au même titre que le Caf.fr ou monenfant.fr.

III - PARENTS31, UN SITE EN CROISSANCE

Une évaluation en cours

L'analyse de la fréquentation du site permet de dégager des constats positifs après un peu plus d'un an de fonctionnement. 233 opérateurs de soutien de la parentalité se sont référencés et ont inscrit plus de 3 187 événements dans l'agenda (dont 669 à venir en 2020). Les visiteurs du site sont aux trois quarts des femmes entre 25 et 44 ans, correspondant aux bénéficiaires habituels des actions Parentalité. On constate une moyenne de 4,58 pages visitées et de 2,27 minutes de consultation par session. Depuis mai 2019, la courbe d'audience montre une progression constante malgré l'absence d'actions de webmarketing régulières au second semestre. Les rubriques les plus visitées restent stables depuis la création du site (d'abord la rubrique Petite enfance, puis suivent les rubriques Enfance, Futurs parents et Adolescence).

L'analyse de ces chiffres permet au comité éditorial d'adapter les contenus et les rubriques. La campagne de lancement a permis de générer de l'acquisition ; le site doit maintenant développer la fidélisation de ses publics, à travers la diversification et la multiplication des événements référencés, des actualités plus fréquentes, la publication d'une newsletter à compter de mars 2020, ainsi que de nouveaux développements (cf. infra). En 2020, Parents31, « site portail », doit devenir également « un site d'événements ».

Le premier trimestre 2020 sera l'occasion de procéder à l'évaluation du site par une enquête de satisfaction auprès des publics (parents, opérateurs parentalité, partenaires institutionnels) et un atelier d'évaluation partenariale dans le cadre du renouvellement du SDSF.

Des développements locaux à plusieurs niveaux

Depuis sa création, le site Parents31 suit le principe suivant : améliorer le service, ne pas doublonner l'offre existante. Dans cette même logique, nous pensons que le site peut encore s'enrichir de nouvelles fonctionnalités, dans le cadre d'un portage local comme actuellement ou d'un éventuel déploiement à plus grande échelle.

Il s'agira d'abord de faire évoluer les contenus du site :

- en développant de nouvelles rubriques (répit parental, place des pères, grand-parentalité) et en enrichissant des thématiques recherchées par les parents lors de leur visite sur le site (maladie, relations parents/enfants, témoignages de parents, de professionnels, valorisation des structures spécialisées…),
- avec la construction, initiée en 2019, d'une base documentaire renvoyant à divers supports (livres, vidéos, jeux, témoignages, articles ou dossiers thématiques sur des sujets de préoccupation des parents) ; elle intègrera la publication des travaux de l'Observatoire départemental des services aux familles rattaché au SDSF, afin que les partenaires y aient un accès direct et dématérialisé, avec les dernières données validées,
- en intégrant à destination des parents et des professionnels une information relative à la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et au parcours des 1000 premiers jours, avec une interface de conseil aux parents.

En lien avec la dimension d'innovation et de prospective en matière de services aux familles portée localement dans le cadre du SDSF, l'opportunité de mettre à disposition sur le site les services complémentaires suivants pourra être évaluée :

- le développement, en lien avec une start-up, d'un service de conseil en ligne de premier niveau, répondant aux situations familiales renseignées par les parents (données anonymes), élaboré par des psychologues,
- l'expérimentation de systèmes répondant à la demande d'interactivité des familles, à travers une ligne d'écoute téléphonique pour les parents, animée à tour de rôle par les animateurs du réseau parentalité et dont le numéro serait mis en valeur sur le site, ou encore le développement d'un module de dialogue en ligne avec les parents,
- la possibilité d'inscription en ligne des parents aux actions parentalité qui le nécessitent,
- l'intégration d'un module permettant l'appel de fonds ou le financement participatif des projets (via des fondations par exemple), dans une optique de diversification des sources de financement,
- la création d'une rubrique dédiée à la Responsabilité Sociale des entreprises, afin de les sensibiliser aux enjeux et modalités d'intervention possibles auprès de leurs salariés en matière de soutien de la parentalité, ce qui nécessitera préalablement la définition d'une doctrine partenariale.

Tous ces développements potentiels feront en amont l'objet d'une étude d'opportunité, notamment pour ne pas doublonner l'offre disponible sur monenfant.fr, faisant l'objet d'une refonte complète en 2019-2020.

Afin de faire connaître largement l'existence du site et ses nouvelles fonctionnalités ou contenus supplémentaires au plus grand nombre, la communication autour du site sera redynamisée grâce notamment à la présence de Parents31 sur les réseaux sociaux (Facebook), la création d'une newsletter et une démarche proactive auprès des partenaires à ce jour non mobilisés en direct (professionnels de santé, directions d'école, de crèches, etc.). L'information relative à Parents31 pourrait être relayée dans le carnet et le calendrier de maternité, ainsi que le carnet de santé de l'enfant, en lien avec la Cpam et le Conseil départemental. Un accompagnement complémentaire des opérateurs et institutionnels pour la prise en main de l'outils sera organisé en 2020 à travers la création de tutoriels vidéo.

Ces évolutions reposent sur la mobilisation de moyens complémentaires (community manager à hauteur de 0.5 Etp pour une délégation partielle de l'animation du site à compter de mars 2020) et l'organisation d'une prise en charge du site répartie sur une pluralité de partenaires (administration partagée du site entre la Caf et le Conseil départemental), élargissement du comité éditorial à de nouveaux partenaires.

Il nous semble que l'évolution de l'offre de service de soutien de la parentalité en Haute-Garonne et l'adaptation aux nouveaux usages du numérique doivent pouvoir passer par l'expérimentation de solutions innovantes, cadrées dans le temps et l'espace et faisant l'objet d'une évaluation d'impact. La poursuite et le développement de la mobilisation des acteurs constituent une condition incontournable du projet, pour en assurer le portage sur le fond et le cofinancement.

Une réplicabilité sous conditions

Le site collaboratif et partenarial Parents31 est un projet réplicable tant à un niveau départemental que sur le plan national. Les fonctionnalités du site (géolocalisation, référencement des acteurs et l'enregistrement des événements) sont utiles et adaptables quel que soit le territoire concerné. Le découpage de l'information en événements de vie et tranches d'âge correspond à la structuration de l'action sociale familiale des Caf et peut être facilement reliée aux SDSF locaux. Les contenus statiques sont en partie duplicables sur d'autres territoires. Le projet devra cependant, pour conserver ce qui fait son ADN, à savoir un portage collectif par les partenaires locaux, faire l'objet pour son déploiement d'un consensus local et de la garantie de l'implication de chacun pour l'intégration des contenus locaux. Cette dimension repose sur un travail de conviction vis-à-vis des acteurs afin d'inscrire ce projet à l'agenda des décideurs du territoire. Les phases de validation par l'ensemble des parties prenantes, à chaque étape de la conception du site, sont susceptibles de peser sur ses délais de livraison, mais semblent indispensables à la réussite du projet.

Les risques de concurrence entre les sources d'information Web et de doublon avec les ressources existantes (sites institutionnels nationaux ou locaux) ont été dépassés du fait des liens réalisés avec l'existant répertorié, ce qui a permis de renforcer la fréquentation des sites existants. Cependant, une vigilance quant à la complémen-

tarité avec monenfant.fr dans sa nouvelle version sera observée, afin d'utiliser les potentialités de chaque outil et de préserver l'interface la plus lisible possible pour les parents.

L'identité visuelle du site a été un élément de débat rapidement tranché, dans la mesure où, le site relevant de la dynamique partenariale du SDSF, l'adoption de la charte graphique du schéma, existant depuis 2017 et repérée par les acteurs, a semblé naturelle. L'avantage consiste en l'effacement de l'identité de chacun des acteurs et donc d'une logique de silos pour privilégier une entrée utilisateurs (familles et professionnels).

CONCLUSION

Le projet Parents31 illustre le temps nécessaire pour l'émergence d'un projet opérationnel fondé sur un consensus partenarial et sa structuration parallèle à celle des politiques familiales sur le territoire. Il a permis l'association des acteurs et la construction d'une base partenariale solide et cohérente. Dans ce projet, la Caf a joué pleinement son rôle d'« ensemblier », en favorisant un diagnostic partagé des constats et l'identification commune des solutions, en mettant réseau, en incitant, en communiquant et en apportant son soutien financier quand les conditions de réussite étaient réunies. En interne, nous avons aujourd'hui coutume de dire qu'un projet qui fonctionne est un projet qui échappe à la Caf, parce que les acteurs du territoire se le sont approprié et qu'ils le considèrent comme leur projet. Le site Parents31 est emblématique de cette approche de développement partenarial durable.

BIBLIOGRAPHIE ET NOTES DE LECTURE

223 Bibliographie

227 Notes de lecture par Julien DAMON

BIBLIOGRAPHIE

L'ensemble des références des nouveautés du centre de documentation et des travaux des élèves et stagiaires sont consultables en ligne sur le portail documentaire de l'École : https://en3s.fr/secudoc/

GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Les vrais leaders se servent en dernier : pourquoi certaines équipes se serrent les coudes et d'autres pas / Simon Sinek Éditeur : Montreuil, Pearson, 2019. Type doc : Livre imprimé Description : 311 p. ISBN : 978-2-7440-6739-6

S'il te plaît, dessine-moi un manager / François Pelletier Éditeur : Afnor, 2019. Type doc : Livre imprimé Description : 121 p. ISBN : 978-2-12-465712-4.

Parfois ingérables toujours brillants : repérer, manager et fidéliser les hauts potentiels / Sandrine Rampont Editeur : Paris, Eyrolles, 2019. Type doc : Livre imprimé ISBN : 978-2-212-57277-3.

Construire une great place to work for all. : au service de la performance économique, des collaborateurs et de la société / sous la direction de Michael C. Bush Éditeur : Pearson, 2019. Type doc : Livre imprimé Description : 206 p. ISBN : 978-2-7440-6724-2.

Résoudre des conflits par la médiation / Jacques Lalanne Éditeur : Lyon, Chronique Sociale, 2019. ype doc : Livre imprimé Description : 203 p. ISBN : 978-2-36717-417-4.

Maîtriser le changement : tome 2, la révolution managériale / Marc Halévy Éditeur : Agnières, Transition (Editions), 2019. Type doc : Livre imprimé Description : 259 p. ISBN : 978-2-490339-12-9.

La protection sociale complémentaire d'entreprise : domaine et mise en place, modification et remise en cause, régime fiscal et social / Virginie Renaux-Personnic, Joël Colonna. Éditeur : Issy-les-Moulineaux, Gualino, Type doc : Livre imprimé Description : 220 p. ISBN : 978-2-297-07632-6.

TRAVAIL

Nos retraites demain : équilibre financier et justice : rapport au Premier ministre / Commission pour l'avenir des retraites ; Dir. Yannick Moreau Éditeur : Paris, La documentation française, 2013. Type doc : Livre imprimé Description : 197 p. ISBN : 978-2-11-009516-9.

Travail, emploi et douance. Pour l'intégration professionnelle de toutes les ressources de l'intelligence humaine / Sous la direction de Yann-Gaël Jaffré Éditeur : L'Harmattan, 2019.Type doc : Livre imprimé Description : 252 p. ISBN : 978-2-343-17215-6

Passez au nudge management : l'art subtil de motiver les autres en douceur... et à leur insu ou presque / Alex Mucchielli Auteur(s) : Mucchielli, Alex (1943-....) Éditeur : Eyrolles, 2019. Type doc : Livre imprimé Description : 218 p. ISBN : 978-2-212-57294-0

SOCIOLOGIE

Capital et idéologie / Thomas Piketty Éditeur : Paris, Éditions du Seuil, Type doc : Livre imprimé Description : 1197 p.ISBN : 978-2-02-144820-7.

Enfances de classe : de l'inégalité parmi les enfants / sous la direction de Bernard Lahire ; avec la collaboration de Julien Bertrand, Géraldine Bois, Martine Court... Éditeur : Paris, Éditions du Seuil, DL 2019. Type doc : Livre imprimé Description : 1229 p. ISBN : 978-2-02-141960-3.

L'art de la facilitation : un art énergétique relationnel, une espérance pour la démocratie / Denis Cristol, Cécile Joly Éditeur : Paris, ESF Éditeur, 2019. Type doc : Livre imprimé Description : 193 p. ISBN : 978-2-7101-3976-8

Où va l'argent des pauvres : fantasmes politiques, réalités sociologiques / Denis Colombi Éditeur : Payot, 2020. Type doc : Livre imprimé ISBN : 9782228925419

PROTECTION SOCIALE

L'essentiel du droit de la sécurité sociale 2020 : conforme à la loi de financement de la Sécurité sociale / Dominique Grandguillot Edition : 19ème éd. Éditeur : Gualino Éditeur, 2020. Type doc : Livre imprimé Description : 128 p. ISBN : 978-2-297-09061-2

Une nouvelle sécurité sociale de Bismarck à Macron / François Charpentier Éditeur : Economica, 2019. Type doc : Livre imprimé Description : 245 p. ISBN : 978-2-7178-7094-7

La réduction des risques : système de santé, pratiques individuelles et collectives / Arthur Cohen, Xavier Desmaison Éditeur : Paris, Hermann, 2019. Type doc : Livre imprimé Description : 112 p. ISBN : 979-10-370-0132-0

Oldyssey : un tour du monde de la vieillesse : à la rencontre des initiatives qui rapprochent les générations / Julia Mourri, Clément Boxebeld Éditeur : Paris, Seuil, 2019. Type doc : Livre imprimé Description : 208 p. ISBN : 978-2-02-143170-4

POLITIQUE SOCIALE

Le système de retraite à l'épreuve de son financement / Bastien Urbain,... ; préface de Dominique Everaert-Dumont,... Type doc : Livre imprimé. ISBN : 978-2-275-06448-2

Marketing social : de la compréhension des publics au changement de comportement / Karine Gallopel-Morvan, Viêt Nguyen Thanh, Pierre Arwidson, Gerard Hastings ; EHESP, Santé publique france Editeur : EHESP, 2019. Type doc : Livre imprimé Description : 194 p. ISBN : 978-2-8109-0747-2.

Le fabuleux destin des Baby-Boomers / Michèle Delaunay Éditeur : Plon, 2019. ISBN : 978-2-259-28062-4.

Qu'est-ce que l'âgisme ? : reconnaître et prévenir les discriminations liées à l'âge / Elfi Reboulleau. Type doc : Livre imprimé Description : 176 p. ISBN : 978-2-490050-27-7.

Le pair-aidant : un nouvel acteur du travail social ? : nouveaux enjeux, nouvelle approche du soutien et de l'accompagnement / Alain Éditeur : Montrouge, ESF Type doc : Livre imprimé Description : 185 p. ISBN : 978-2-85086-319-6

Qui dort dehors ? / Julien Damon Éditeur : Aube, 2020. ISBN : 978-2-8159-3594-4

Pourquoi les pères travaillent-ils trop ? / Sylviane Giampino Éditeur : Paris, Éditions Albin Michel. Type doc : Livre imprimé Description : 279 p. ISBN : 978-2-226-43527-9

En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté / ATD Quart Monde Éditeur : édition de l'Atelier, 202). ISBN : 9782708246270

Fiches de finances sociales / Messaoud Saoudi Éditeur : Ellipses Marketing, 2020. ISBN : 978-2-340-03597-3.

Les luttes de classes en France au XXIème siècle / Emmanuel Todd Édition : SEUIL Éditeur : 2020. ISBN : 9782021426823

SANTÉ PUBLIQUE

Repenser l'hôpital : rendez-vous manqués et raisons d'espérer / Michel Tsimaratos ; avec la collaboration de Bénédicte Devictor et Stéphanie Gentile Éditeur : Paris, Michalon. Type doc : Livre imprimé 282 p.; ISBN : 978-2-84186-914-5

Réinventons le secteur de la santé : ils l'ont fait, découvrez leurs clés / Lydwine Vaillant Éditeur : AFNOR, 2020. Type doc : Livre imprimé Description : 157 p. ISBN : 978-2-12-465726-1.

Et alors ! La réforme globale de la santé c'est pour quand / Frédéric Bizard Éditeur : Fauves éditions, 2019.Type doc : Livre imprimé Description : 334 p. ISBN : 979-10-302-0310-3

NOTES DE LECTURE

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

Gilles Huteau, *Le droit de la sécurité sociale. Système et finalités*, Presses de l'EHESP, 2019, 218 pages.

Diplômé de l'EN3S, longtemps praticien de la sécurité sociale, Gilles Huteau connaît concrètement l'institution. Docteur en droit, devenu Professeur à l'EHESP, il en enseigne les fondements, contours et évolutions. Ce manuel fait montre des qualités didactiques et de synthèse de l'auteur. Destiné à un public étudiant, notamment pour tous ceux qui préparent les concours, l'ouvrage intéressera aussi les collègues de Gilles Huteau aujourd'hui encore à la manœuvre dans les organismes. Car il ne s'agit pas uniquement de réviser – ce qui est toujours utile – mais de se mettre au courant des mutations enclenchées, celles qui ont signé des virages dans le système, celles qui sont en cours. Le panorama, en si peu de pages, est un tour de force. Il mêle les connaissances basiques, organisées dans un plan en neuf chapitres qui autorise un tour d'horizon complet, les données les plus importantes, la discussion des thèmes d'importance. À cet égard le lecteur saisira ici autant la présentation de la célèbre typologie de Gosta Esping-Andersen sur les différents « régimes » de protection sociale, que les soldes du régime général, les programmes de qualité et d'efficience, annexes trop peu lues des lois de financement. Bref, chacun trouvera de quoi s'informer et discuter dans ce petit ouvrage qui ne ressemble pas vraiment aux autres manuels. Nourri des expériences de dirigeant et d'enseignant on sent en permanence le souci de digérer la complexité et l'érudition dans une écriture claire et des analyses qui vont à l'essentiel. Exemple de la double capacité de prise de hauteur et d'accessibilité, Huteau propose une appréhension à trois dimensions de ce qu'est la sécurité sociale : une institution gestionnaire (ce qui intéresse le plus l'actualité) ; une technique originale de prise en charge des risques (ce qui intéresse le technicien mais aussi le destinataire de ces politiques) ; un droit de la personne humaine (ce qui permet toujours de revenir aux fondamentaux). Un triptyque doctrinal qui, dès l'introduction, annonce le ton et la densité d'un livre à posséder. C'est-à-dire à acquérir, à lire et à relire.

Rob Reich, *Just Giving. Why Philanthropy Is Failing Democracy and How It Can Do Better*, Princeton University Press, 2019, 239 pages

Professeur de science politique à Stanford (dont les revenus reposent largement sur les dons), Bob Reich veut fonder une théorie politique de la philanthropie. Les détours historiques rappellent que la suspicion à l'égard des fortunes qui cherchent à se racheter une âme, à travers des réalisations jugées vertueuses ou vaniteuses, traversent les siècles. De John Rockfeller à Bill Gates, l'auteur dénonce des intrusions privées problématiques dans les affaires gouvernementales. Ce qui a été passionnément débattu au début du 20ème siècle l'est à nouveau au début du 21ème. Reich souligne, à juste titre, que la philanthropie est un pouvoir qui est fonction d'une architecture socio-fiscale. Celle-ci freine ou encourage. Surtout, il pourrait ne s'agir que d'une « artefact de l'État » quand les aménagements fiscaux amènent à ajuster les efforts publics aux choix des donateurs. Aux États-Unis le sujet est tout particulièrement d'ampleur. En 2016, les Américains (riches comme pauvres) ont donné 400 milliards de dollars et ont bénéficié (surtout les riches) de 50 milliards d'exemptions fiscales. Reich revient aux interrogations fondamentales. La charité est-elle la justice ? Faut-il subventionner cet exercice de la liberté ? Le bien public, en tout cas, ne saurait tant dépendre de préférences individuelles. Quand le don est supposé chaste et l'impôt supputé mal employé, il importe de réaliser des évaluations solides. Une question est de savoir si le don est collectivement plus utile que l'épargne, la consommation ou l'investissement. Reich, avec des accents militants, montre que les risques de dérive ploutocratique doivent préoccuper tous ceux qui s'intéressent au projet démocratique. Pour cela il faut un encadrement clair et des instruments bien façonnés, de manière à ce que dons et fondations appuient d'abord innovations et transmissions entre générations. De ce côté, notons en incise que le soutien à la reconstruction de Notre-Dame s'entend pleinement.

Daniel S. Hamermesh, *Spend Time. The Most Valuable Resource*, Oxford University Press, 2019, 220 pages

L'économiste américain Daniel S. Hamermesh mêle toujours analyses rigoureuses, anecdotes et sourires. Dans un précédent ouvrage original il traitait d'économie de la beauté. Soulignant que la gratitude inégale de la nature a un impact conséquent sur les performances individuelles, il montrait les impacts, positifs et négatifs, de l'apparence sur les carrières. Ici, il appelle les économistes à davantage traiter d'une des ressources les plus rares : le temps. Dans les pays riches, le PIB par habitant progresse bien plus vite que l'espérance de vie. Parallèlement, stress et surmenage deviennent de graves problèmes de bien-être et de santé publique. Outre-Atlantique, la durée de travail hebdomadaire est passée, dans la première moitié du 20ème siècle, de 60 à 40 heures. En 1980, la moyenne était à 38 heures, similaire à la situation européenne. Elle a ensuite augmenté puis a à nouveau baissé pour s'établir à 38,6 heures en 2016. Mais si on prend l'année tout entière, et non les seules semaines travaillées, les Américains travaillent, hebdomadairement, 34 heures, contre 28 en France (ce ne sont donc pas les 35 heures), 26 en Allemagne. Comment expliquer ces différences et cette divergence d'ailleurs croissante entre Europe et États-Unis, voire même entre

États-Unis d'un côté, Japon et Corée du Sud de l'autre ? Le spécialiste des temps et de la beauté estime qu'une fiscalité plus réduite rend tout travail supplémentaire forcément très gagnant. Il repère la faiblesse des syndicats, avec des taux de syndicalisation à la française mais aussi une très faible influence. Surtout, il soutient que l'absence d'un minimum légal de vacances rémunérées pénalise fortement les travailleurs américains. Contre les effets problématiques d'un tel investissement dans le travail, au détriment notamment des loisirs (« les choses que nous n'avons pas à faire »), ses propositions, pour les individus, consistent à mieux s'organiser pour ralentir et profiter. Lever le pied, en quelque sorte. Pour les entreprises, il s'agit d'optimiser la productivité en donnant du temps aux employés qui, de fait, en demandent. Surtout, pour les politiques, il faut investir, avec réduction des horaires d'ouverture des magasins, congés parentaux bien rémunérés, pénalisation des horaires décalés et, dans le contexte américain, création enfin de congés payés obligatoires. Et Hamermesh de glisser aussi qu'une meilleure répartition du travail tout au long de la vie passerait par une augmentation de l'âge de départ à la retraite à 70 ans. Bien des grains à moudre dans les moulins des politiques du temps.

Julien Damon

La revue Regards est aussi la vôtre.

Un projet de votre organisme
vous tient particulièrement à coeur ?

Vous avez lu un ouvrage professionnel
qui vous a marqué ?

Vous souhaitez partager avec vos pairs ?

Contactez-nous.

Pauline Garé
Courriel : pauline.gare@en3s.fr

ACTUALITÉ DE LA
PROTECTION
SOCIALE
CYCLE
D'ACTUALITÉ
2019 – 2020
Co-construire avec les usagers et les professionnels
Déserts médicaux
Gérer les droits et les prestations
Crise environnementale et protection sociale
Guichet et portail uniques
Relation avec les entreprises
Pouvoir d'achat
Grand âge et perte d'autonomie
SciencesPo
EXECUTIVE EDUCATION
en3s
ÉCOLE DES DIRIGEANTS DE LA PROTECTION SOCIALE

CATALOGUE
2020
FORMATION
PROFESSIONNELLE
en3s
ÉCOLE DES DIRIGEANTS DE
LA PROTECTION SOCIALE
L'avenir de la protection sociale se dessine avec vous
en3s.fr

VIENT DE SORTIR : en3s.fr/secudoc

nouveau portail documentaire de l'EN3S

Achevé d'imprimer en mars 2020
sur les presses de LUCKY imprimerie
32, rue des Bruyasses
42160 SAINT-CYPRIEN
Numéro SIREN : 377593 918
Dépôt légal : 1er trimestre 2020

regards
PROTECTION SOCIALE

N°56
MARS
2020

La protection sociale s'organise et se déploie sur les territoires. Les territoires, en partie, dépendent de la protection sociale. L'organisation territoriale de la protection sociale préoccupe autant le citoyen qui souhaite accéder à des services que les responsables des grands réseaux qui veulent optimiser l'offre. Ces sujets ne sont pas neufs. Ils résonnent de façon contemporaine dans le contexte de mutation numérique, de contrainte budgétaire, de retour du local, de révisions de la décentralisation. Tous les risques sociaux et toutes les collectivités territoriales ne sont pas concernés au même chef. Plus qu'auparavant la diversité prévaut. Cependant, partout se présente la nécessité de territorialiser l'activité. Et tous les niveaux de l'architecture territoriale à la française se soucient – chacun à sa manière – de social. Cette livraison de *Regards*, rendant compte des évolutions et innovations institutionnelles, des données les plus précises, des expérimentations en cours, propose un tour d'horizon, avec des analyses pour la métropole et l'ultramarin. Du côté de la santé, comme du recouvrement, des CAF comme des départements, le sujet s'avère majeur, probablement au cœur du problème français de la confiance.

Sécurité sociale
La Vie en Plus

École nationale supérieure de Sécurité sociale
27, rue des docteurs Charcot
CS 13 132 – 42031 Saint-Étienne

Suivez l'actualité de l'école
sur les réseaux sociaux

en3s
ÉCOLE DES DIRIGEANTS DE
LA PROTECTION SOCIALE

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