

De la conversion managériale à la dualisation de l'assurance maladie

Pascal MARTIN

Post-doctorant au CRESPPA-LabToP,
membre associé au CESSP-CSE, Paris (France).

Résumé

La conversion managériale de l'assurance maladie, a transformé l'organisation du travail, le contenu des formations et les interrelations aux guichets (agents/usagers) au sein des organismes locaux. Ainsi, dans la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) enquêtée, l'objectif d'amélioration de la gestion de la « clientèle », adossé à une politique du chiffre fondée sur la mesure de la durée des entretiens à l'accueil, entraîne un changement d'organisation de l'accueil qui pénalise les usagers les plus précaires, parmi eux les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU). Cette dernière est un dispositif d'assistance qui donne l'occasion aux agents d'accueil d'incarner l'État face à des assistés – comptant nombre d'étrangers dans leurs rangs – souvent suspectés d'abuser du système de protection sociale. Tout en poursuivant son extension à l'intérieur de l'institution, la logique managériale déployée par l'assurance maladie, institution clé de l'État social, tend à externaliser l'accueil des assistés en enrôlant des structures partenaires (associations, structures sanitaires et sociales).

Abstract

The managerial conversion of the health insurance, transformed the organization of work, the contents of the formations and the interrelationships with the counters (agents/users) within the local organizations. Thus, in the health insurance office (CPAM) surveyed, the objective of improvement of the management of the “customers”, leaned with a policy of the figure based on the measurement of the duration of the talks to the reception, involves a change of organization of the reception which penalizes the users most precarious, among them the recipients of Universal health coverage (CMU). The latter is a device of assistance which gives the opportunity to the agents of reception to incarnate the State vis-a-vis assisted – cash many foreigners in their rows – often suspected to misuse the social protection system. While continuing its extension inside the institution, the managerial logic deployed by the health insurance, key institution of the Social state, tends to outsource the reception of assisted by enlisting structures partners (associations, medical and social structures).

Introduction

Notre recherche porte sur l'analyse de la gouvernementalité (Foucault, 2004) de l'État social. S'inscrivant dans le processus d'effritement de la société salariale (Castel, 1995), les « métamorphoses de l'État social » – et tout particulièrement la réforme de l'assurance maladie – prennent appui sur le déploiement d'un nouveau management¹ pour la réalisation de ces politiques. Ainsi, nous nous sommes intéressés aux effets produits par la réforme de l'assurance maladie sur les agents de l'institution ainsi que sur ses usagers. Ces travaux s'inscrivent dans une forme d'ethnographie de l'État social. En effet, ils s'appuient tout d'abord sur le matériau d'une enquête de terrain réalisée entre 2001 et 2008 dans une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), située dans un département de la région parisienne fortement touché par la précarité. La mise en place de la couverture maladie universelle (CMU), dispositif d'État, fut annoncée comme l'achèvement du régime général de Sécurité sociale conçu en 1945 pour couvrir l'ensemble de la population. Or, il nous a semblé que la CMU mise en œuvre en 2000, loin d'atteindre cet objectif a réactivé la tension séculaire entre les logiques d'assurances sociales et d'assistance et a renoué avec la seconde en classant ses prétendants en bons et mauvais pauvres au cours de l'instruction des dossiers. Ainsi avons-nous pu observer un certain brouillage entre les fonctions de la main droite de l'État (fonctions régaliennes) et celles de sa main gauche (fonctions sociales) (Bourdieu, 1993). En effet, l'accueil des publics précaires à l'assurance maladie s'apparente sous bien des aspects à celui des « guichets de l'immigration » (Spire, 2008) (proximité des publics, généralisation d'une « politique du chiffre »). Aux guichets de la Sécurité sociale, la métaphore des « deux corps du guichetier » (Dubois, 2003) trouve à s'illustrer d'une façon remarquable : l'agent d'accueil est partagé entre une posture d'empathie à l'égard de l'utilisateur et une autre consistant dans une forme de suspicion envers les assistés. Il en ressort, dans le cas de l'assurance maladie, l'exercice d'un pouvoir discrétionnaire adossé au fait que l'agent d'accueil incarne l'*État au guichet* (Weller, 1999). Dans une recherche postérieure, il nous est apparu un processus d'externalisation mis en œuvre par l'assurance maladie pour soustraire l'accueil d'une partie de la population désaffiliée.

Après avoir porté au jour les effets produits par la conversion managériale de l'assurance maladie sur les conditions d'accueil des usagers, nous détaillerons le dispositif d'assistance d'État qui accompagne la mise en place de la CMU dans cet organisme. Cette dernière, articulée à un nouveau gouvernement des pauvres, constitue les linéaments d'une dualisation de la couverture maladie qui entre en résonance avec la question migratoire. Enfin, nous esquisserons les contours d'un durcissement possible de cette dualisation qui, poursuivant la logique managériale

¹ Il est enchâssé dans des objectifs de maîtrise des dépenses, de lutte contre les fraudes (érigée en problème public) (Dubois, 2012).

de l'assurance maladie, épouse la forme d'un partenariat avec des services médico-sociaux accueillants des publics précaires.

1. La conversion managériale de l'assurance maladie

La « nouvelle gouvernance » de l'assurance maladie est adossée au développement d'une politique managériale qui vise à gouverner les conduites : celles des agents de l'institution comme celles des usagers désaffiliés. L'encadrement de ces derniers est d'autant plus rigide qu'ils sont souvent (re)présentés dans l'institution comme des assistés, suspectés d'abuser de certaines prestations sociales (CMU complémentaire – CMUC, Aide Médicale d'État – AME). On assiste à l'amorce d'une « grande transformation » de l'assurance maladie : se voyant attribuer une fonction d'assistance, elle endosse par délégation une fonction de l'État. En effet, le dispositif de la CMU, pour deux raisons majeures, s'apparente à une *assistance publique d'État*² : sa partie soumise à condition de ressources renoue avec la logique d'assistance (CMUC, AME) et son financement (malgré de récents changements en matière de CMUC) est assuré en bonne partie par l'État. Dans l'organisme enquêté, sa mise en œuvre s'accompagne d'une réorganisation de l'accueil (institution de différents niveaux d'accueil) qui classe et hiérarchise les « clients³ », opérant ainsi une distinction entre les assurés sociaux (cotisants) et les « assistés » (non-cotisants). Si les premiers peuvent voir leur demande traitée le jour même, les seconds sont sommés de prendre un rendez-vous, ce qui reporte à tout le moins de plusieurs jours l'examen de leur dossier. Dans ce contexte, la logique managériale déployée transforme l'organisation et les conditions de travail des agents de l'assurance maladie. Si la réorganisation de l'accueil coïncide avec la mise en œuvre de la CMU, l'heure est à la rationalisation de l'activité dans tout l'organisme. En 2000-2001, la direction de la CPAM impose l'abandon de la polyvalence attachée au métier de technicien de l'assurance maladie⁴ pour y substituer une spécialisation à outrance du travail. Le travail des *street-level bureaucrats* (Lipsky, 2010) se trouve « émietté » : à un segment restreint de l'activité du technicien correspond un pôle d'activité (accueil physique, gestion des bénéficiaires, paiements des prestations, relations avec les professionnels de santé, relations avec les employeurs).

² La création de la CMU (loi du 27 juillet 1999) s'inscrit, pour la partie du dispositif soumis à condition de ressources, dans la continuité des dispositifs assistanciers à la charge (totale ou partielle) de l'État (Assistance médicale gratuite – loi du 15 juillet 1893 ; Aide médicale départementale – loi du 22 juillet 1983).

³ Ce vocable apparaît dans l'institution au début des années 2000.

⁴ Avant 2000-2001, le métier de technicien de l'assurance maladie couvre plusieurs domaines d'activité : accueil, mise à jour et traitement des dossiers administratifs des assurés sociaux, paiement des différentes prestations sociales servies par l'assurance maladie.

À travers la montée en charge du dispositif de la CMU, l'assurance maladie se voit confier la gestion d'une fonction d'État visant essentiellement à la prise en charge des publics désaffiliés (un nouveau public pour l'assurance maladie). À cette occasion, entre juin et juillet 2000, la CPAM va, à titre exceptionnel, embaucher une centaine d'emploi-jeunes assurance maladie (EJAM) pour assurer le traitement des dossiers de CMU (accueil physique du public demandant à bénéficier de la CMU et traitement en « back office » des dossiers déposés à l'accueil relatifs à cette prestation sociale). L'arrivée et la prise de fonction des EJAM vont entraîner un repli quasi-systématique des agents statutaires sur les niveaux d'accueil dédiés aux usagers relevant de la logique des assurances sociales (i.e. ayant cotisé pour disposer d'une ouverture des droits) ; alors que les agents plus chevronnés étaient sans aucun doute plus aguerris pour faire face à ces situations difficiles, à la fois sur les plans technique, social et humain, caractérisant les populations en situation de grande précarité.

LE DISPOSITIF DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (CMU)

Il est composé de trois volets :

1/ la CMU de base est accessible à toute personne, dépourvue de toute autre possibilité de prise en charge, résidant en France de façon stable (plus de 3 mois) et régulière. Elle est « gratuite » lorsque les ressources du foyer n'excèdent pas un plafond annuel, et soumise à cotisation lorsque les revenus dépassent ce dernier (cotisation égale à 8 % du revenu fiscal dépassant le plafond).

2/ la CMU complémentaire attribuée gratuitement sous condition de ressources à toute personne résidant en France de manière stable et régulière. Elle prend en charge le ticket modérateur (part complémentaire à la charge de l'assuré ou prise en charge par une mutuelle), le forfait journalier hospitalier, certains frais supplémentaires (prothèses dentaires, optique...) et permet la dispense d'avance des frais. Au choix du demandeur, les prestations pourront être gérées par la caisse maladie ou un organisme complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance, assurance privée) inscrit sur une liste ;

3/ l'Aide médicale d'État, sous condition de ressources, pour les étrangers en situation irrégulière pouvant justifier de 3 mois de résidence.

Le fait que l'accès à la CMU pour les plus démunis soit attaché à l'examen d'une condition de ressources l'écarte définitivement de la logique des assurances sociales pour l'inscrire dans celle de l'assistance.

L'accueil CMU⁵ se déroule désormais exclusivement sur rendez-vous dans les centres d'assurance maladie. Ainsi, les usagers des fractions précarisées des classes populaires sont confrontés à une rationalisation du temps leur imposant des semaines d'attente pour obtenir un rendez-vous. Le délai de traitement de ces usagers questionne le rapport au temps des individus désaffiliés (Castel, 1995) et les retombées possibles de cette attente, imposée par l'institution, sur leurs conditions d'accès aux droits, d'accès aux soins et/ou sur leur état de santé (Sayad, 1999). On sait que l'ordre ordinaire des pratiques (ex. anticiper les délais d'accès au droit) nécessite des conditions économiques et sociales qui font défaut aux plus précaires. En effet, pour maîtriser un tant soit peu l'à-venir, encore faut-il disposer de supports sociaux procurant une stabilité suffisante pour maîtriser le temps présent (Bourdieu, 1997 : 318). Par ailleurs, les conditions d'accès à la CMU/AME ont été durcies en 2003 et 2004⁶.

La nouvelle configuration de l'accueil physique distingue trois niveaux d'accueil. À chacun d'eux est corrélée une durée d'entretien maximale⁷, mesurée et enregistrée dans le logiciel informatique (Sirius). L'objectif local fétiche étant de traiter « 80 % des demandes en moins de trois minutes ». La priorité absolue conférée à cet objectif vient renforcer la distinction initiale opérée parmi les usagers (assurés reçus et traités le jour même, assistés reportés à une date ultérieure). La satisfaction des indicateurs statistiques dépendant essentiellement des données chiffrées relatives aux entretiens réalisés aux deux premiers niveaux d'accueil – i.e. hors accueil sur rendez-vous –, il y a d'évidence un intérêt à reporter dans le temps des entretiens dont la durée est la plus longue. En effet, le temps de traitement de la demande croît tendanciellement suivant le degré de précarité de la situation de l'individu.

Les objectifs de modernisation et d'amélioration des « performances » de l'accueil sont sous-tendus par une « démarche qualité » appuyée sur des indicateurs strictement quantitatifs. Ce management par objectifs participe de la « gouvernance par les nombres » (Supiot, 2015). Ces indicateurs focalisent l'attention, à tous les niveaux de la hiérarchie (Caisse nationale d'assurance maladie – CNAMTS –, agents de direction et cadres intermédiaires de la CPAM), sur les « chiffres » obtenus. Dans les pratiques des agents d'accueil, ce *panoptisme managérial*

⁵ Ce dispositif réactive la distinction multiséculaire entre bons et mauvais pauvres.

⁶ En 2003, la possibilité de pallier l'absence de certains justificatifs (de durée de séjour, de domicile) par une déclaration sur l'honneur est supprimée. En 2004, l'AME dont l'accès obéissait au principe d'immédiateté se voit soumise, comme la CMU, à une condition de résidence en France de 3 mois.

⁷ Au premier niveau d'accueil (pré-accueil) l'agent dispose de trois minutes maximum, au second niveau, la durée d'entretien fixée varie entre dix et vingt minutes, l'accueil sur rendez-vous prévoit une durée d'entretien de trente minutes. La réorganisation de l'accueil en différents niveaux produit le classement et la hiérarchisation des publics en trois catégories (assurés sociaux, assurés en voie de désaffiliation, assistés). Les deux premières, reçues le jour même, bénéficient de meilleures conditions d'accueil que les usagers relevant de la troisième qui devront se déplacer *a minima* une nouvelle fois après avoir pris rendez-vous.

(Foucault, 1975) donne lieu à des stratégies de contournement, des tricheries, en vue de la production de résultats conformes aux objectifs « qualité » normatifs. En réduisant l'évaluation de l'activité à la seule lecture des chiffres produits, des effets qui se redoublent voient le jour (Martin, 2011) : 1) les normes chiffrées participent de la surveillance et du classement : des CPAM, des centres et des agents à l'intérieur des centres - 2) l'usage de Sirius, comme instrument exclusif d'évaluation au sein de la caisse, génère la mise en concurrence généralisée entre les centres, et, à l'intérieur des centres, entre les agents. La forme d'évaluation que subissent ces derniers s'articule à un processus d'individualisation qui les isole, les rend encore plus tributaire de la sanction de leur supérieur direct (N +1).

2. La violence symbolique de l'incarnation de l'État

Outre le fait que la mise en œuvre du dispositif CMU (cf. encadré) conduit au guichet de l'assurance maladie une nouvelle population relevant de l'assistance, la formation idoine, commandée à un prestataire extérieur⁸ pour former les agents de l'accueil afin de « changer leur culture d'entreprise » et l'adapter à l'utilisation de Sirius, véhicule des représentations du bon et du mauvais usager, du bon et du mauvais pauvre⁹ qui vont s'ancrer chez les agents sous la forme de « savoir-faire » et de « savoir être »¹⁰ pour atteindre les objectifs.

À la logique d'individualisation de la mise en concurrence des agents s'articule une logique similaire d'individualisation des prises en charge des usagers propre à l'exercice d'une forme de pouvoir pastoral¹¹ (Foucault, 2004) sur les individus relevant de l'assistance. Le pouvoir discrétionnaire en usage (violence symbolique de l'incarnation de l'État) conduit à ce que, à situation sociale et économique égale, un assisté peut se voir accorder ou refuser l'accès au droit suivant les dispositions de l'agent qui le reçoit. Ces pratiques professionnelles individualisantes et discriminatoires sont fortement corrélées à la trajectoire sociale de l'agent, à la distance sociale – qu'il éprouve ou construit – à l'égard de l'usager, à l'empathie

⁸ Ce prestataire avait auparavant dispensé une formation sur l'accueil téléphonique pour la mise en place de la plate-forme téléphonique centralisée. Les durées d'entretien fixées pour l'accueil téléphonique sont transposées à l'identique pour l'accueil physique. Cette normalisation ignore totalement le fait que ce sont les usagers les plus précaires qui fréquentent le plus l'accueil. Or ils nécessitent une durée d'entretien plus longue, étant donné la complexité de l'instruction de leur demande, souvent redoublée par une maîtrise imparfaite de la langue française.

⁹ La représentation du mauvais pauvre, fraudeur potentiel, profitant d'un modèle social au contrôle défaillant, est réactivée sitôt la logique d'assistance mobilisée.

¹⁰ Catégories génériques de compétences détaillées dans les référentiels emplois de l'assurance maladie.

¹¹ Dans la pastorale chrétienne, le berger conduit son troupeau en veillant sur lui (dans le double sens de surveiller et de prendre soin).

et/ou à l'identification – ou à l'opposé, au manque de compassion qui prend forme – voire se transforme – dans le rapport à l'utilisateur.

Force est de constater que l'importance que l'institution accorde au temps des usagers est intrinsèquement liée à la valeur sociale qu'elle leur prête. Cela détermine, en pratique, les gestes – voire les « efforts » – qu'elle accomplit ou non, en tant que dépositaire du pouvoir légitime de l'État social, afin de répondre à leurs besoins. La longue attente imposée aux assistés traduit leur position de mauvais clients, « inutiles au monde » (Castel, 1995). Le fait que parmi ces populations précaires, la part des étrangers (en situation régulière ou irrégulière) soit de plus en plus grande, tend à rapprocher leur traitement de ce que décrit Alexis Spire dans son travail sur la préfecture de police (Spire, 2008). Ce rapprochement (qui est un rapprochement entre la main gauche et la main droite de l'État) est d'autant plus marqué que les deux institutions se sont vues assigner des rôles complémentaires dans « la protection de la société française contre les dérives d'une immigration incontrôlée »¹² et que pour mieux y parvenir, leur fonctionnement a été réformé par la mise en place d'un même type de gouvernance managériale. Autrement dit, le rôle que va tenir le dispositif CMU/AME dans ce « gouvernement des pauvres » dont parle Vincent Dubois (Dubois, 2009), est dans une large mesure déterminé par les « problèmes posés par les étrangers ».

En effet, la mise en relation des discours sur l'assistance et sur l'immigration, l'association de la lutte contre les fraudes et la stigmatisation de ceux qui venus en France « pour profiter de son modèle social », le « mettent en danger » donnent une dimension ethnique à la distinction entre les bons et les mauvais pauvres. Plus que jamais, la « violence de l'institution » (Balazs et Sayad, in Bourdieu (dir.), 1993) assimile certaines missions de l'assurance maladie (main gauche de l'État) à celles de la police (main droite de l'État) (ex. recours à l'interrogatoire bureaucratique). Si certains agents se complaisent dans un exercice, tant arbitraire que discrétionnaire, du pouvoir régalien de l'État, d'autres se refusent, à la fois, à « faire du chiffre » tout en se pensant comme agent du maintien de l'ordre ; ils vivent cette rationalité irrationnelle comme un reniement de leur engagement, de leur croyance dans la vocation universelle de la Sécurité sociale.

3. Le nouveau gouvernement des pauvres

Les pratiques des agents de l'accueil CMU/AME, leur comportement vis-à-vis de l'utilisateur, les stratégies qu'ils mettent en œuvre sont en partie déterminés par le contrôle qui s'exerce sur eux et, plus globalement, par leurs relations avec le personnel d'encadrement du centre. Si tous ces agents concourent à la mise en

¹² En janvier 2007, un protocole d'accord entre l'assurance maladie, la police nationale et la gendarmerie nationale est signé dans le cadre de la lutte contre les fraudes.

œuvre concrète des mesures gouvernementales, ce n'est pas seulement parce que leurs dispositions à l'obéissance les conduisent à s'ajuster aux contraintes institutionnelles. Le nouveau mode de gouvernance de l'organisme ne se satisfait pas d'agents passivement dociles, il les veut impliqués, désireux de satisfaire au mieux les exigences de la direction, ce qui suppose leur adhésion aux enjeux politiques et sociaux des réformes. Cette adhésion des agents à la philosophie sociale et politique de l'institution, à l'aune de la sélection des agents recrutés pour des formations, est envisagée sous l'angle des rapports de pouvoir entre supérieurs et subordonnés.

La dégradation des conditions de travail et l'augmentation du nombre des chômeurs de longue durée, d'une part, la création d'un dispositif d'assistance (CMU/AME) géré par l'assurance maladie, d'autre part, ont entraîné l'afflux d'une nouvelle « clientèle » dans les centres et agences de la Sécurité sociale : les assistés qui relèvent de l'assistance publique d'État. Alors que les assurés sociaux dans leur grande majorité n'ont que peu l'occasion de fréquenter les guichets de la Sécurité sociale (et peuvent régler par téléphone les éventuelles questions qui se posent à eux), ceux qui se déplacent à l'accueil sont, pour une part sans cesse croissante, des pauvres. Mais ces derniers ne constituent pas une population homogène. Par exemple, le cas des étrangers en situation irrégulière qui demandent à bénéficier de l'AME regroupe des situations hybrides. Si certains d'entre eux n'exerçant aucune activité professionnelle s'apparentent aux marginaux, la majorité travaille mais dans des conditions qui ne leur permettent pas d'ouvrir des droits à la Sécurité sociale (du fait de l'illégalité de leur présence sur le territoire français). Le public reçu par les agents travaillant à l'accueil, recouvre un continuum de positions allant de l'assuré social inséré dans la société salariale au marginal désaffilié, en passant par toute une gamme de statuts précaires.

Les trajectoires sociale et individuelle, « l'ancienneté » des agents d'accueil ne sont pas sans conséquences et apportent un éclairage capital dans l'analyse des rapports agents/usagers observés « au guichet ». Les agents engagés politiquement, syndicalement ou dans les œuvres sociales, dès lors qu'ils ont à cœur de venir en aide à tous les usagers, sont ceux qui désapprouvent le plus cette nouvelle organisation. À défaut de disposer de supports sociaux (activités hors travail, reprise d'études...) pour compenser le déclassement de leur mission, ils n'aspirent plus qu'à une chose : quitter l'accueil, voire l'institution.

3.1. De la maltraitance à la sous-traitance des « inutiles au monde »

Depuis la mise en place de la CMU (2000), les personnes de nationalité et/ou d'origine étrangère ont souvent été désignées comme des fraudeurs avérés et/ou

potentiels aux prestations sociales, au premier rang desquelles figurent la CMU et l'AME.

Si l'État social sait encore déployer des formes de solidarité pour prendre en charge des usagers jugés méritants, on assiste, au niveau des pratiques d'accueil appliquées aux usagers assistés, « inutiles au monde », à un rapprochement de la main droite (notamment la fonction de police) et de la main gauche (action sociale) de l'État (Bourdieu, 1993). La confusion des genres est des plus troublantes lorsque l'agent, endossant avec zèle les prédications de la hiérarchie pour lutter contre les fraudes, s'emploie davantage à déjouer une ruse éventuelle d'un usager ou à corriger un individu indocile qu'à lui établir un droit. Il est fréquent de retoquer une demande de CMU/AME pour réclamer des pièces complémentaires et ce bien au-delà de ce que prévoient les textes législatifs (ex. pour une pièce attestant de la présence en France depuis plus de trois mois, exigence de trois quittances de loyer consécutives). Ces retours intempestifs de dossier retardent forcément l'instruction de la demande.

Du fait d'une dégradation des délais de traitement des dossiers des assistés, notamment dans les départements de la région parisienne concentrant une population précaire importante, la solution palliative, préconisée par la CPAM, consiste à soustraire la constitution des dossiers CMU et/ou AME à des partenaires extérieurs à la Sécurité sociale (associations humanitaires, collectivités territoriales, Permanence d'accès aux soins de santé...), démarchés par une responsable de projet de la CPAM. Dès le milieu et surtout depuis la fin des années 2000, la CPAM dénie la délégation de compétences que lui a conférée l'État dans le cadre de la CMU ; elle combine alors à ses pratiques dilatoires et à l'exercice du pouvoir pastoral de l'État, une forme d'externalisation des coûts, de sous-traitance, tendant à reléguer les populations les plus précaires. Pour ce faire, elle prospecte des partenaires auxquels elle vise à assigner l'accueil des assistés¹³, en vue de se décharger du traitement de leur accès au droit. Parallèlement, le déploiement de ce partenariat s'inscrit dans un contexte où la réforme de l'assurance maladie réduit inexorablement le nombre de structures d'accueil de la CPAM en procédant à des fusions et à des mutualisations de points d'accueil (le projet de restructuration pour 2017 prévoit de restreindre leur nombre à quinze, alors qu'il en existait trente-trois dix ans plus tôt). Or ces partenaires n'ont pas vocation à constituer les demandes d'accès au droit de ces populations : elles incombent à l'État (social). À l'heure où la politique de « gestion du risque » entre en résonance avec la réduction des dépenses, le fait de se départir du traitement de l'ouverture de droit des assistés contribue, à la fois, à l'amélioration des chiffres de l'accueil et à la réduction des coûts de l'assurance maladie.

¹³ La direction de la CPAM invoque, d'une part, le fait que la gestion de cette population serait « étrangère » à ses attributions. D'autre part, elle défend l'idée que les populations qui visitent ces partenaires ne se déplacent pas au guichet de l'assurance maladie. Or, dans les entretiens réalisés, il ressort que des agents d'accueil de la CPAM renvoient certains usagers vers ces structures.

Lors de la montée en charge de la CMU, la CPAM a recouru à l'embauche d'une centaine d'emplois-jeunes (« étrangers de l'intérieur » – Bourdieu, 1993) pour assurer l'accueil physique et le traitement des dossiers CMU. Ainsi, les agents les moins expérimentés se trouvaient confrontés à des situations souvent complexes techniquement et difficiles humainement. À l'époque, le choix du directeur de la CPAM, quant à la sélection locale des candidats, était fondé sur la mise en regard de l'« origine culturelle » des nouveaux agents recrutés (« enfants de l'immigration », Sayad, 2014) et celle supposée des bénéficiaires de la CMU. Plus d'une décennie après, c'est à l'extérieur de l'institution Sécurité sociale que les responsables de l'assurance maladie, en proposant la signature de conventions, visent à enrôler des volontaires (formés à la CMU par l'assurance maladie) en vue de l'instruction des dossiers des assistés, pour traiter « la misère du monde ». Ainsi, la CPAM transfère une partie de ses charges (de travail et financières) sur d'autres structures. Dans ce contexte, nous assistons à la mise à l'épreuve des frontières entre salariat et bénévolat mais aussi entre secteur marchand et non-marchand (Hely, 2009), dans la mesure où la « logique client » de l'assurance maladie pénalise les assistés en quête de couverture sociale dans l'accès au système de santé, comparativement aux publics assurés sociaux. Ce dernier mouvement ne sous-tend-t-il pas un processus de *remarchandisation* de la couverture sociale ? En ce sens où la *démarchandisation* s'accroît en fonction du nombre de personnes ayant effectivement accès au droit (Esping Andersen, 1999).

En définitive, ces dispositifs, sous condition de ressource (CMUC et AME), financés par l'État, dont la gestion incombe aux CPAM, renouent avec la logique d'assistance ; laquelle logique entre en tension avec celle de l'assurance (au sens des assurances sociales). De ce fait, certaines directions d'organisme s'emploient à tenir à distance de ses guichets cette population – dévolue depuis peu à l'assurance maladie –, et ce d'autant plus lorsque son accroissement risque de faire chuter les performances de la CPAM, évaluées au prisme d'indicateurs « qualité » valorisant seulement la rapidité d'exécution.

3.2. Un modèle d'État social libéral

Dans le prolongement des réformes libérales de l'ère Thatcher en Grande-Bretagne, des dispositifs palliant les carences de l'État social – mobilisant les associations communautaires – ont vu le jour depuis de nombreuses années (Siblot, 2006). Cela n'est pas sans lien avec le fait que le modèle anglo-saxon actuel (Etats-Unis, Australie et Grande-Bretagne) correspond à l'idéal-type de l'*État social libéral* (Esping Andersen, 1999). Déjà la mise en œuvre concrète de la Couverture maladie universelle (CMU) en France (en 2000) présentait des caractéristiques communes avec ce modèle *libéral* renouant avec la logique de l'assistance (prestations sous condition de ressources, financement par l'État).

Quelle analyse peut-on faire des usages sociaux de ces partenariats et de la relégation des populations les plus précaires aux marges de l'institution ?

Tout d'abord, il est indéniable que ces partenariats (surtout lorsque qu'une convention est établie entre l'assurance maladie et la structure extérieure) offrent de meilleures conditions de prise en charge pour les populations rattachées et/ou orientées vers ce type de dispositifs. Toutefois ils dépendent étroitement du contexte local (politique de la ville, présence d'associations actives sur les questions de santé, de Permanence d'accès aux soins de santé – PASS...) et de ce fait produisent, à leur corps défendant, des traitements différenciés – suivant le rattachement des individus (à un territoire, à une configuration solidaire et/ou à une structure accompagnante) –, sources d'inégalités. En effet, la présence de partenaires potentiels est très hétérogène d'un territoire (ville, département) à l'autre. Or, seuls les publics orientés par des partenaires conventionnés ou reconnus¹⁴ bénéficient d'un délai de traitement plus raisonnable (1 mois) alors qu'il demeure extrêmement long (2 à 3 mois en moyenne) pour les autres, ce qui produit des inégalités de traitement – voire des discriminations – dans l'accès au droit et aux soins.

Par ailleurs, certaines structures médicales (centres de santé, protection maternelle et infantile, PASS) sont directement intéressées au fait que les personnes qu'elles suivent disposent effectivement d'une couverture sociale, étant donné que l'assurance maladie réserve sa prise en charge financière et/ou son remboursement pour des patients ayant des droits reconnus. De plus, pour les structures bénéficiant d'un traitement de faveur – économiques ou en termes de délais de traitement (quand ce ne sont pas les deux à la fois) – du fait de ce partenariat, les critiques sur la gestion de l'accueil des assistés par l'assurance maladie sont anéanties par l'intérêt bien compris des partenaires. Généralement leur discours à l'égard de la direction de la CPAM est plutôt bienveillant.

Pour le coup, il semble exagéré de conclure au retrait pur et simple de l'État social, escomptant que des structures extérieures et/ou associatives viennent charitablement en aide aux populations les plus démunies. En effet, il continue à prendre correctement en charge les bons pauvres (ceux qu'il considère comme tels) au sein du régime général d'assurance maladie. Détenant une délégation de l'État pour remplir cette mission d'*assistance d'État*, l'assurance maladie tend à se soustraire à cette obligation en externalisant l'accueil des mauvais pauvres à des partenaires, certes participant de l'État social, mais *extérieur au régime général à visée universelle*. *In fine*, Nous assistons à une reconfiguration des missions de l'État social à visée universelle, adossée à l'externalisation du coût social du traitement des assistés.

¹⁴ Par exemple, l'autorisation préfectorale de domiciliation dans le cadre de l'AME détenue par une antenne de médecins du monde.

4. Vers une dualisation de l'État social ?

En France, l'histoire du mouvement associatif s'imbrique dans celle de la charité. Cette dernière a, durant des siècles, préexisté à la Sécurité sociale mais son caractère facultatif (œuvres financées par des dons privés avant de devenir une Assistance publique) forme le soubassement d'une assistance (privée ou publique) réservée aux bons pauvres. Or, depuis 2000, indépendamment du fait que les conditions d'accueil et de traitement des dossiers ne sont pas adaptées aux publics les plus précaires, une couverture universelle est censée être déployée sur l'ensemble du territoire français.

Si les conventions, que l'assurance maladie propose à ses partenaires, offrent un délai de traitement avantageux ainsi qu'un contact privilégié avec l'institution (utile dans la résolution de cas complexes), on doit néanmoins s'interroger – au-delà de la question de l'adhésion ou non des structures concernées à ce dispositif – sur le sens de ce transfert à des intervenants extérieurs d'une partie du travail d'ouverture de droit attaché à la mission de service public (ou relevant d'une délégation de l'État) de l'assurance maladie ?

Les usagers ne relevant pas des assurances sociales et n'épousant pas les figures des bons pauvres sont pénalisés du fait des modalités pratiques d'accès aux droits aux guichets de l'assurance maladie ; l'absence d'ouverture de droit étant un facteur aggravant du non-recours au système de santé.

« À l'époque des « Trente Glorieuses », analyse Matthieu Hély ces fonctions (d'accès au droit) auraient sans doute été reconnues comme des missions d'intérêt général susceptibles d'être prises en charge par un État social alors triomphant. Mais la redéfinition du périmètre des services publics, sous l'effet des politiques de « nouvelle gestion publique » (au sens de *new public management*), n'a pas conduit à cette orientation mais à ce que les travailleurs associatifs accomplissent des fonctions « publiques » sans pour autant appartenir à « la » fonction publique. (...) S'il est fécond de porter le regard sur la catégorie des « travailleurs associatifs », c'est parce qu'ils incarnent, par leurs propriétés mêmes, ce à quoi pourrait vraisemblablement ressembler la fonction publique dans les années à venir. » (Hély, 2009, p. 3)

Or, dans le périmètre de la CPAM enquêtée, le partenariat s'étend, à la fois, à des structures associatives et à des services publics de santé. Ainsi, l'assurance maladie réformée s'affirme dans une relation marchande avec ses bons clients (assurés sociaux) et vise à sous-traiter les assistés (mauvais clients) à des structures « désintéressées », dédiées historiquement à l'assistance privée (structures associatives¹⁵) et/ou publique (État). L'actuelle gouvernance de l'assurance maladie est indissociable de la redéfinition des missions de l'État social. La logique d'assistance transplantée dans la gestion de l'assurance maladie amène certains de

¹⁵ Quand bien même celles-ci sont en grande partie financées par l'État.

ses agents de direction à opérer un coup de force symbolique à l'encontre de ce (ceux) qu'ils considèrent comme « corps étranger(s) ». Cette tentation fait écho au discours patronal entonné depuis le début des années 2000 – repris par des syndicats de salariés – qui tend à radicalement séparer les prestations sociales contributives (en contrepartie du versement de cotisations sociales) des non contributives (ex. CMU complémentaire, AME) comme remède à la crise de l'État-providence (Bec, 2014, p. 234-254).

La conversion managériale de l'assurance maladie, combinant rationalisation de l'accueil et lutte contre les fraudes, signe la fin d'une conception altruiste de la mission d'accueil des publics les plus défavorisés, à laquelle un certain nombre d'agents demeurent attachés, soit pour l'avoir pratiquée durant de nombreuses années, soit pour l'avoir brigüée en postulant à la CPAM. Désormais la « démarche qualité » est centrée sur la réalisation d'objectifs chiffrés qui tendent à reléguer les assistés dans des modalités d'accueil compatibles avec la réduction des coûts et de l'offre d'accueil.

Si la CPAM dénie la mission d'assistance d'État qui lui est dévolue, elle garde néanmoins la main sur la gestion des dossiers (accords/refus) et pratique le « gouvernement à distance » (Hassenteufel, 2008) inhérent au néolibéralisme, incarnée ici par la « nouvelle gouvernance de l'assurance maladie ».

Là où la défaillance de l'assurance maladie est la plus manifeste, c'est au niveau de la portée prétendument universelle de la CMU, reste à voir ce que la mise en œuvre au 1^{er} janvier 2016 de la protection universelle maladie (PUMA) qui se substitue à la CMU va produire comme effets ?

Bibliographie

- Bec C. (2014). *La Sécurité sociale. Une institution de la démocratie*. Paris : Gallimard.
- Bourdieu P. (dir.) (1993). *La Misère du monde*. Paris : Le Seuil.
- Bourdieu P. (1997). *Les Méditations pascaliennes*. Paris : Le Seuil.
- Castel R. (1995). *Les Métamorphoses de la question sociale*. Paris : Fayard.
- Dubois V. (2003). *La Vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*. Paris : Économica.
- Dubois V. (2009). Le paradoxe du contrôleur. in *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 178, p. 28-49.
- Esping-Andersen G. (1999). *Les Trois mondes de l'État-providence. Essai sur le capitalisme moderne*. Paris : PUF.
- Foucault M. (1975). *Surveiller et Punir*. Paris : Gallimard.

- Foucault M. (2004). *Sécurité, territoire, population : cours au Collège de France, 1977-1978*, Ewald F. et Fontana A. (dir.). Paris : Gallimard/Seuil.
- Hassenteufel P. (2008). La mise en place du gouvernement à distance de l'assurance maladie. In *Regards sur l'économie allemande*, n° 89, p. 27-33.
- Hely M. (2009). *Les Métamorphoses du monde associatif*. Paris : PUF.
- Lipsky M. (2010). *Street level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage foundation.
- Martin P. (2011). « Gestion de la file d'attente et invisibilisation des précaires. Mensonge institutionnalisé dans une caisse d'assurance maladie ». Actes de la recherche en sciences sociales, n° 189, p. 34-41.
- Sayad A. (1999). *La Double Absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris : Seuil.
- Sayad A. (2014). *L'École et les Enfants de l'immigration*, Paris : Seuil.
- Spire A. (2008). *Accueillir ou Reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration*. Paris : Raisons d'Agir.
- Siblot Y. (2006). Recours au secteur associatif et « modernisation » des services publics en Grande-Bretagne. Désengager l'État pour revivifier la « communauté » ? In *De l'intérêt général à l'utilité sociale : la reconfiguration de l'action publique entre État, associations et participation citoyenne*, Xavier Engels, Matthieu Hély, Aurélie Peyrin (dir.) [et al.], Paris : l'Harmattan.
- Supiot A. (2015). *La Gouvernance par les nombres*. Paris : Fayard.
- Weller J.M. (1999). *L'État au guichet. Sociologie cognitive du travail et modernisation administrative des services publics*. Paris : Desclée de Brouwer.