

Rapport annuel **2001**  
les **institutions sociales**  
**face aux usagers**

En application du Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992, une reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation de l'éditeur. Il est rappelé à cet égard que l'usage abusif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre.

© La Documentation française - Paris, 2001.  
ISBN 2-11-004827-1

# Avant-propos

L'Inspection générale des affaires sociales a renoué avec la tradition, abandonnée depuis 1986, du grand rapport public thématique afin de donner plus de relief au savoir et aux analyses accumulés par le travail des membres de l'inspection.

Il était donc particulièrement satisfaisant de reprendre dans le rapport public 2001 le sujet déjà traité par l'inspection il y a vingt ans, des institutions sociales face aux usagers. Sept enquêtes font état d'un large éventail de situations autour des thèmes suivants : l'hospitalisation publique, la psychiatrie, la gestion de certaines prestations par les CAF, la détection des droits au sein des ASSEDIC et des CPAM, le passage à la retraite, le traitement des plaintes par l'inspection du travail, enfin, le contentieux social.

Pour constater l'adaptation et la réactivité des structures publiques en charge des politiques sociales, dans la mise en œuvre de réglementations mobiles et éclatées, au profit de populations nombreuses, elles-mêmes mobiles à travers les différents dispositifs.

Pour constater aussi la permanence du défi porté par les structures sociales pour conjuguer traitement de masse, nécessaire personnalisation des relations avec les usagers et complexité croissante du droit social.

La démarche adoptée dans les enquêtes qui se sont déroulées sur l'année 2000 est peut-être plus ambitieuse que celle développée il y a vingt ans. Parce que dans ce rapport, l'inspection générale des affaires sociales a délibérément voulu regarder les institutions sociales du point de vue de l'utilisateur.

Ce rapport vaut ainsi, non seulement par le texte ainsi produit mais aussi par la démarche qu'il a induite.

Chausser les lunettes des usagers, autant que faire se pouvait, a conduit l'IGAS à développer un point de vue mesuré sur les performances du service public social. En effet, si les efforts d'amélioration sont indéniables, si plus aucune institution n'ignore la politique d'accueil et de communication, si l'apport des nouvelles technologies est puissant, les évolutions sociales des vingt dernières années conduisent à relativiser ce constat optimiste. Conçues pour proposer des services et des prestations à une population relativement homogène, les institutions sociales d'aujourd'hui peinent à s'adapter à une société plus fragmentée et à une réalité de plus en plus instable. L'utilisateur, si les

structures ne s'y emploient pas avec détermination, peinera de plus en plus à connaître ou à faire valoir ses droits.

C'est pourquoi l'un des apports essentiels de ce travail sera pour l'inspection à l'avenir, de continuer à adapter ses méthodes à l'impératif de l'évaluation de la satisfaction des usagers, et de veiller dans ses fonctions de contrôle et de conseil, à la place des usagers au cœur des institutions qui les servent.

Plus de proximité et d'autonomie dans la réponse à l'utilisateur, c'est en ce sens que le prochain rapport public de l'IGAS poursuivra la réflexion et se confrontera à la question de la territorialisation des politiques sociales.

Marie-Caroline Bonnet-Galzy  
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

# Introduction

**E**n consacrant son premier rapport public thématique, qui marque le retour à une formule abandonnée depuis plus de quinze ans, aux institutions sociales au service des usagers, l'Inspection générale des affaires sociales, a par la même occasion, rouvert le dossier des « usagers », qu'elle avait traité en 1981, à travers une enquête particulièrement remarquable. Ce double retour aux sources est à la fois l'indice de l'intérêt d'un tel thème, des enjeux qui s'y attachent, et l'occasion de mesurer son évolution, au regard notamment du sort réservé aux préconisations émises alors par l'IGAS.

Certes, depuis plusieurs années, ce thème a connu un regain d'intérêt : des rapports d'évaluation de l'accès des usagers défavorisés aux services publics, aux travaux actuellement inscrits au programme du Centre d'enquête sur les coûts et les rendements des services publics, en passant par le projet de loi sur les droits des malades, la liste serait longue des travaux qu'il a ainsi suscités. Toutefois, il a semblé utile d'effectuer, dans la sphère sociale au sens large (protection sociale, santé, travail/emploi), une mise en perspective des notions avec une démarche renouvelée et une méthodologie adaptée.

1) Ainsi, en premier lieu, l'Inspection générale des affaires sociales a préféré conserver le terme d'usager, par préférence à des définitions plus « traditionnelles », d'assujetti, de bénéficiaire ou d'allocataire, ou au contraire réputées « modernes », en particulier celle de client, voire de citoyen. En effet, le principe retenu a consisté à s'intéresser non pas tant aux usagers eux-mêmes et aux conditions d'exercice de leurs droits de citoyens qu'aux institutions sociales dont ils usent, au regard précisément de leur performance en la matière. En somme, se pencher sur les voies et moyens par lesquels les institutions sociales se mettent au service des usagers, c'est en évaluer leur efficacité finale sur la base d'un critère désormais déterminant, dans la mesure où l'attention portée aux usagers ne prend sens que si elle est intégrée dans tous les aspects du fonctionnement des services, et non pas cantonnée à un guichet, un bureau ou une politique de communication.

Dans cette sphère de l'action publique, l'utilisateur n'est pas véritablement un client, dans la mesure où il participe souvent d'une clientèle captive et n'a pas le libre choix de son prestataire d'allocation ou de soins. Pour autant il a parfois la possibilité de quitter ce prestataire de service pour un autre, plus accessible, plus accueillant, plus efficace. Car l'utilisateur n'est plus assujetti passif, de l'avis duquel il n'y aurait pas à se soucier, dès lors qu'on lui verse une allocation ou qu'on le soigne.

Chacun est ou sera un jour usager de l'un ou l'autre de ces services : il en « usera » donc. Certes, plusieurs types d'usage correspondent à diverses catégories particulières d'usagers : les malades hospitalisés, les malades mentaux, les assurés sociaux, les salariés au regard du droit du travail. Dans le présent rapport, le terme renvoie dès lors à un type de situation, une espèce d'usage, parfois un moment particulier de l'existence : comment obtenir la liquidation de sa pension de retraite, comment exercer son droit de recours contre une décision qu'on estime illégale ; comment faire entendre sa plainte à l'inspection du travail ; comment être traité de manière digne à l'hôpital, comment être pris en charge en psychiatrie, etc.

Au fond, évaluer le fonctionnement des services sociaux par ce prisme, c'est prendre le contre-pied d'une vision strictement technocratique de l'administration. Celle-ci, dans son acception la plus large, est souvent conduite à déterminer des besoins, des catégories d'usagers, des formes d'usages et à se préoccuper fort peu de l'adéquation des règles qu'elle a édictées avec la réalité. C'est aux usagers de se conformer aux règles.

En plus de s'assurer de ce que les services fonctionnent conformément aux textes, et au lieu de porter sur eux un regard qui saurait déterminer *a priori* le « bon usager », il s'agissait pour l'Inspection générale des affaires sociales de réorienter son diagnostic, de se décentrer en quelque sorte, en s'efforçant d'évaluer des usages réels et des usagers tels qu'ils sont et non pas tels qu'ils peuvent être perçus *a priori*, ou tels qu'on voudrait qu'ils soient ou qu'on croirait qu'ils sont. Cette ambition, exigeante pour les membres des différentes missions d'investigation, constitue certainement la principale originalité de ce travail collectif.

2) Du fait de la multiplicité des usages recensés, qui pouvaient potentiellement être intégrés à l'enquête, il a fallu restreindre le champ d'investigation, tout en lui conservant une cohérence d'ensemble.<sup>1</sup>

L'inspection a ainsi mené sept missions d'enquête dans les grands domaines de compétence du ministère de l'Emploi et de la Solidarité : usagers de l'hôpital et des services publics de soins psychiatriques pour le secteur de la santé ; bénéficiaires d'une pension de retraite ; allocataires percevant une allocation d'isolement ; bénéficiaires potentiels de la Couverture maladie universelle pour le secteur de la protection sociale ; salariés adressant une sollicitation ou une plainte aux services de l'inspection du travail et demandeurs d'emploi bénéficiaires avérés ou potentiels d'une allocation de chômage pour le secteur travail ; usagers exerçant leur droit de recours contre une décision d'un organisme de sécurité sociale ou un organisme gestionnaire d'une prestation d'aide sociale.

Dans ce cadre, les usagers tels que les a perçus l'Inspection générale des affaires sociales, sont des personnes physiques qui ont un rapport privé et non pro-

---

<sup>1</sup> Un tableau en fin de cette introduction présente les sept enquêtes qui ont servi de base au présent rapport.

fessionnel avec les institutions sanitaires et sociales. C'est pourquoi n'ont été retenus ni les entreprises dans leurs relations avec les URSSAF ou l'inspection du travail, ni les établissements de soins exerçant un recours contre une décision de tarification, non plus que les médecins à l'hôpital. En revanche, l'IGAS s'est attachée aux malades qui vont être hospitalisés, aux personnes isolées élevant un enfant, aux demandeurs d'emploi ou chômeurs recourant ou pas aux services des ASSEDIC, aux assurés sociaux, aux salariés demandant à bénéficier de leur droit à pension.

Les missions de l'inspection ne se sont cependant pas réduites à l'examen exhaustif de cas spécifiques, par exemple une famille donnée d'allocataires, les salariés d'un secteur professionnel identifié, ou les ressortissants d'un régime de retraite. C'est donc une série à la fois suffisamment définie et large d'usages qui a été ici prise en compte.

Pour de nombreux services ou organismes, l'usager est rarement conforme au modèle souhaité : trop silencieux, ne faisant pas valoir ses droits, ne remplissant pas correctement son dossier, ne s'adressant pas au bon guichet, ses errements réels ou supposés sont ressentis, par les gestionnaires, comme l'une des causes essentielles d'une qualité de service parfois insuffisante. En réponse, l'opinion publique, ou certains usagers exprimant des plaintes, regrettent de ne « *jamais trouver immédiatement le bon bureau* », les contraintes d'horaires, la complexité des dossiers et des formulaires. Trop silencieux ou en tout cas peu coopératif, cet usager qui ne sait pas attendre qu'on puisse le recevoir quand enfin il a pris rendez-vous, cet autre qui se rend compte trop tard qu'il devrait être pris en charge par un psychiatre et qui alors, souvent n'y consent plus ; trop inquiète ou trop désinvolte cette famille qui ne sait pas accompagner son malade, ou qui se décharge sur le psychiatre ou ne lui fait pas confiance et qui, de toute façon, intervient trop ou... pas assez.

Car l'usager peine, il est vrai, à trouver la bonne entrée, le bon usage de ces institutions sociales. Trop bruyant celui qui cherche à « contrer » le pouvoir médical, à accéder à son dossier, à savoir ce « qu'on lui fait », voire à contester son traitement ; trop exigeant celui qui demande sans cesse de l'information, vérifiant auprès de l'échelon local ce qu'il a obtenu de l'échelon national, se servant de ses droits pour contester le traitement qui lui est réservé, la réponse qui lui a été apportée, quand elle existe. Et puis finalement, contestataire l'usager qui ne se satisfait pas de la fin de non recevoir qui lui a été signifiée, qui met en cause les textes ou leur interprétation, faisant recours contre les décisions prises par les institutions sociales, les organismes de sécurité sociale, le conseil général, l'État.

Compte tenu de ces réalités, les missions d'inspection ne se sont pas contentées d'analyser ces phénomènes de liquidation de la retraite, de détection des droits en sécurité sociale et en assurance chômage, d'exercice des droits à l'hôpital etc. mais ont tenté de resituer ceux-ci dans une vision globale de l'usager : par exemple, qu'en est-il, dans le domaine des retraites, des personnes qui ne

font pas valoir leurs droits à pensions, de celles qui se plaignent du calcul de leur retraite, voire le contestent.

Le présent rapport a donc retenu les visions les plus typiques, celles qui offrent la matière la plus dense à la réflexion. L'addition de ces vues particulières portées par des personnes recourant aux services publics sociaux dans des circonstances concrètes et banales de leur vie, permet de juger ces services non pas du point de vue de la régularité administrative uniquement, mais en termes d'efficacité réelle.

S'il n'était pas envisageable de se mettre à la place des usagers et de prétendre s'exprimer en leur nom, il était néanmoins possible de définir un cadre d'enquête qui privilégie ce point de vue particulier : un allocataire, un demandeur d'emploi, un malade, un justiciable sont des personnes singulières, désirant que leur problème du moment soit pris en compte avec sérieux, efficacité, voire humanité.

3) Cette impérieuse nécessité d'une vision pragmatique des usagers, a présidé aux choix méthodologiques de l'IGAS.

Il s'agissait de porter un jugement sur le fonctionnement d'un certain nombre d'organismes du point de vue des usagers. À cette fin, toutes les missions ont multiplié les investigations sur le terrain : de manière systématique, elles ont conçu des questionnaires avec un organisme test, puis après validation, ont interrogé plusieurs organismes, en nombre significatif, à défaut de viser une véritable représentativité. Il ne s'agissait pas de révéler un comportement moyen des organismes ni même de savoir comment se répartissait la satisfaction des usagers, bonne, mauvaise ou moyenne. En l'occurrence, la recherche a plutôt porté sur les types de relations entre les institutions et les usagers, en vue de définir quelques préconisations d'amélioration.

Tout d'abord, un important travail sur dossiers a été conduit, afin d'éclairer les modes de traitement de l'utilisateur au stade envisagé, les résultats obtenus, et leurs limites.

Autant que possible, il convenait d'effectuer cette évaluation en prenant en compte le regard des usagers : en rencontrant des particuliers, dans les lieux institutionnels qu'ils fréquentent comme dans les instances qui les représentent ; en les interrogeant directement, ou leur entourage, comme en psychiatrie ou à l'hôpital. En démultipliant les approches d'investigation, par exemple en participant à des colloques mêlant des usagers, des chercheurs et des institutionnels, ou en auditionnant des chercheurs se consacrant à ces thèmes, l'IGAS a souhaité enrichir le matériau recueilli et renforcer ainsi sa capacité d'exploitation des enquêtes conduites sur le terrain.

Ce souci de complémentarité a nécessité de confronter, tout au long des missions, les approches entre les équipes. Il a ainsi conduit, notamment, à nourrir le diagnostic porté sur l'accueil des publics par les ASSEDIC avec les leçons tirées de la même analyse dans les caisses d'allocations familiales ou dans les

caisses primaires d'assurance maladie ou les organismes de retraite. De même, la situation des malades reçus en psychiatrie a-t-elle bénéficié du contrepoint fourni par l'enquête menée dans les services de médecine chirurgie et obstétrique. Enfin, les plaintes portées devant l'inspection du travail ont été envisagées avec, en arrière fond, l'écho de celles entendues devant les juridictions de l'aide sociale...

En définitive, porter sur les institutions sociales le regard de l'usager, c'est s'interdire de justifier *a priori* l'institution, c'est accepter, y compris pour l'enquêteur, une certaine remise en cause, au même titre que les organismes contrôlés.

\*\*\*

De ce « voyage », riche et souvent décapant, que retenir ?

Le constat d'ensemble est somme toute nuancé. Les institutions sociales ne maltraitent pas leurs usagers, loin s'en faut et ont accompli des progrès considérables au cours des dernières années : les organismes payeurs s'organisent pour verser les prestations dans les meilleures conditions, l'hôpital n'est plus sourd à la satisfaction de ses patients, les juridictions sociales sont le plus souvent animées par des responsables motivés et actifs.

Pourtant, au-delà de ces quelques exemples, qui pourraient être multipliés, les usagers ont encore des raisons d'être mécontents, parfois pour des raisons particulièrement sérieuses.

Cette tension entre des efforts d'amélioration constants et une difficulté toujours plus grande à s'ajuster aux besoins des usagers, est au cœur du présent rapport.

Les propositions avancées se situent dès lors dans le champ des réformes des structures ou du droit, plutôt que sous forme de nouvelles mesures *ad hoc* d'accueil ou d'information, l'inspection s'étant efforcée de suggérer systématiquement une voie de mise en œuvre, une démarche stratégique adaptée aux objectifs énoncés.

Plus généralement, l'IGAS a souhaité valoriser les « bonnes pratiques », nombreuses, qu'elle a pu mettre à jour, en vue de proposer leur généralisation, quand ceci lui a paru envisageable.

L'ambition de ce rapport est donc de contribuer à une meilleure perception des enjeux des relations entre les institutions sociales, au sens large, et leurs usagers, ceci incluant la reconnaissance des améliorations apportées en ce domaine depuis une vingtaine d'années et des difficultés non encore résolues, car le plus souvent renouvelées dans le temps.

En éclairant le chemin parcouru depuis sa dernière grande enquête sur le sujet, l'IGAS met donc inévitablement en relief celui qui reste à parcourir, sans

perdre de vue que les usagers d'aujourd'hui et de demain ne peuvent qu'inciter plus encore les services publics à se réformer profondément, pour s'adapter à de nouveaux besoins, tout particulièrement.

# Sommaire

## Première partie

---

### **Satisfaire les usagers, un effort général** ..... 15

#### Chapitre 1

---

### **Un service public plus accessible ?** ..... 19

#### **Un usager mieux informé** ..... 19

L'information des malades et de leurs familles est un droit difficile à mettre en œuvre ..... 20

La multiplication des outils d'information ne suffit pas à épuiser la demande des usagers ..... 29

L'information demeure un élément essentiel de l'accès aux droits ..... 33

#### **Un usager mieux accueilli** ..... 38

En matière de retraite, faciliter les démarches relève d'efforts récents, mais réels ..... 38

Les caisses d'allocations familiales tentent d'améliorer l'accueil des publics en difficulté ..... 49

#### **Un usager mieux considéré** ..... 57

Les administrations du secteur du travail et de l'emploi tentent d'accompagner et d'assister les usagers ..... 57

L'évolution des méthodes de travail des caisses d'allocations familiales est favorable à une meilleure prise en compte des allocataires ..... 60

#### Chapitre 2

---

### **Une prise en charge plus efficace** ..... 67

#### **Une extension de la protection sociale obligatoire** ..... 67

La couverture maladie universelle est une réforme majeure ..... 67

#### **Une liquidation rapide et fiable** ..... 78

Sur le long terme, les délais moyens raccourcissent ..... 78

La vérification de la fiabilité est encore très hétérogène selon les régions ..... 83

#### Chapitre 3

---

### **Une qualité du service inégale** ..... 87

#### **Un effort de qualité : l'exemple des ASSEDIC** ..... 87

Une politique nationale a été définie ..... 88

Cette politique a obtenu des résultats tangibles ..... 90

Une diversification de l'accueil et du traitement est recherchée ..... 91

La démarche des ASSEDIC obéit à des procédures systématisées ..... 93

L'évaluation est un facteur décisif d'amélioration ..... 96

#### **Une difficulté générale à traiter les usagers les plus fragiles** ..... 99

Dans les ASSEDIC, les pratiques sont insuffisamment orientées vers la prise en compte des publics les plus sensibles ..... 99

Le régime général d'assurance vieillesse accorde une attention particulière aux usagers vulnérables .....	108
En milieu hospitalier, les dispositifs de soins spécifiques pour les personnes en grandes difficultés sont encore en gestation .....	117

## Deuxième partie

---

### **Usagers et institutions sociales : un rapprochement difficile** .....

121

#### Chapitre 1

---

### **Une complexité persistante, en dépit des efforts de simplification** .....

125

#### **Un droit abondant et parfois abscons** .....

125

Le cadre juridique est incompréhensible et évolutif .....

126

Les régimes de retraite composent une véritable mosaïque institutionnelle .....

128

La complexité peut être due à l'imbrication de diverses prestations .....

130

#### **Un paysage juridictionnel peu compréhensible** .....

136

Les tribunaux sont nombreux et peu connus .....

136

Un usager peut avoir à plaider devant plusieurs tribunaux, pour le même litige .....

139

#### **Un droit social méconnu et difficile à appliquer** .....

141

Cette multiplicité de juridictions présente de sérieux inconvénients .....

141

#### Chapitre 2

---

### **Un cadre rigide, des situations instables** .....

147

#### **Des statuts sociaux évolutifs** .....

147

Les conditions de ressources soulèvent des problèmes d'appréciation .....

147

Le contrôle des conditions d'isolement par les caisses d'allocations familiales devient obsolète .....

149

#### **Un cumul de problèmes, une multiplicité d'intervenants** .....

154

Les ASSEDIC sont faiblement impliquées dans les dispositifs de lutte contre les exclusions .....

154

La prise en charge psychiatrique des adolescents souffre d'un manque d'actions coordonnées .....

157

#### Chapitre 3

---

### **Une administration insuffisamment réceptive aux plaintes des usagers** .....

171

#### **Une administration frileuse face aux plaintes individuelles** .....

171

L'inspection du travail a essentiellement une tradition d'intervention collective .....

171

À l'hôpital, la mise en place de la représentation des usagers est laborieuse .....

183

#### **La difficile reconnaissance de la faute** .....

196

L'exemple du traitement des plaintes par les régimes de retraite témoigne du déséquilibre entre usager et institution .....

196

Les modalités de recouvrement des créances et l'indication des voies de recours par les caisses d'allocations familiales ne sont pas satisfaisantes .....	206
<b>Un droit de recours très affaibli</b> .....	211
La faiblesse des moyens des juridictions est générale .....	211
Ces organes spécialisés n'offrent pas les garanties de véritables juridictions .....	215
Le juge social manque d'influence .....	217

## Troisième partie

### **Se mettre au service du public** .....

221

#### Chapitre 1

### **Connaître les usagers tels qu'ils sont** .....

225

#### **Privilégier la connaissance empirique** .....

225

Recueillir des données utiles et pensées .....

225

Sortir de la logique de l'offre .....

226

Atteindre tous les usagers, même les plus silencieux .....

230

#### **Écouter les usagers** .....

233

Exploiter les plaintes comme indicateurs de dysfonctionnements .....

233

Exploiter les plaintes pour programmer les contrôles de l'inspection du travail .....

233

Le traitement des plaintes doit constituer un élément central de la politique de qualité de l'établissement hospitalier .....

234

#### **Faire participer les usagers à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques sociales** .....

235

Introduire l'évaluation de la satisfaction des usagers dans l'institution .....

235

Faire participer les usagers à la détection des dysfonctionnements .....

237

Développer les instances de conciliation et de médiation .....

238

#### Chapitre 2

### **Organiser le service public autour de l'utilisateur** .....

243

#### **Placer la qualité du service au cœur de la stratégie des institutions** .....

243

Développer et systématiser une stratégie qualité dans les organismes de retraite .....

243

Améliorer le management et la formation des personnels .....

244

Donner à toutes les fonctions un objectif d'amélioration du service à l'utilisateur .....

245

#### **Organiser le service pour le public, là où il se trouve** .....

246

Répondre aux attentes des usagers .....

246

En finir avec le splendide isolement des institutions .....

252

#### **Développer les conditions d'une organisation des services publics autour des usagers** ..

255

#### **Harmoniser les frontières administratives** .....

255

#### **Diffuser les expériences et favoriser les plans locaux d'action** .....

255

Développer les démarches d'accréditation et d'intéressement des personnels aux indicateurs de satisfaction des usagers .....

256

Faire participer les usagers .....	256
------------------------------------	-----

<b>Prévoir dans le calcul des prestations une marge d'appréciation de situations exceptionnelles</b> .....	257
--	-----

### Chapitre 3

---

<b>Simplifier, encore et toujours</b> .....	259
---	-----

<b>Une simplification pour les usagers les plus fragiles</b> .....	259
--	-----

Comprendre les contraintes .....	259
----------------------------------	-----

<b>Clarifier les textes et les procédures</b> .....	262
---	-----

Améliorer les textes .....	262
----------------------------	-----

Aménager les procédures .....	263
-------------------------------	-----

<b>Moderniser</b> .....	264
-------------------------	-----

Améliorer le langage administratif .....	264
--	-----

Pour un bon usage des NTIC .....	266
----------------------------------	-----

### Chapitre 4

---

<b>Permettre aux usagers d'exercer leurs droits</b> .....	269
---	-----

<b>Réparer les préjudices</b> .....	269
-------------------------------------	-----

Réparer le préjudice subi par l'assuré lésé par une faute de l'organisme de retraite .....	269
--	-----

Améliorer le traitement des indus des allocations d'isolement .....	269
---	-----

<b>Des juridictions sociales efficaces</b> .....	270
--	-----

Affirmer des objectifs forts .....	271
------------------------------------	-----

Réformer l'organisation des juridictions sociales .....	272
---	-----

Renforcer les moyens des juridictions dans tous les cas .....	274
---	-----

Faciliter l'exercice du droit de recours .....	276
--	-----

Conclusion .....	277
------------------	-----

<b>Conclusion générale</b> .....	279
----------------------------------	-----

---

### Annexes

---

<b>Annexe 1</b> : enquête sur les relations des CAF avec les bénéficiaires de prestations d'isolement .....	283
---	-----

<b>Annexe 2</b> : enquête sur le traitement des plaintes et sollicitations en droit du travail .....	285
--	-----

<b>Annexe 3</b> : enquête sur le passage à la retraite .....	287
--	-----

<b>Annexe 4</b> : enquête sur les relations des établissements de santé avec les usagers .....	289
--	-----

<b>Annexe 5</b> : enquête sur l'usager face aux juridictions sociales .....	291
---	-----

<b>Annexe 6</b> : enquête sur l'accès aux soins dans les secteurs de psychiatrie générale .....	293
---	-----

<b>Annexe 7</b> : enquête sur la détection des droits des usagers en Assedic et en CPAM .....	295
---	-----

<b>Liste des sigles</b> .....	299
-------------------------------	-----

Première partie

# Satisfaire les usagers, un effort général

**R**evenant sur un sujet traité, il y a vingt ans, l'IGAS a cependant changé de perspective.

En effet, parler des usagers, c'était en 1980, traiter des relations avec les usagers. Mais le cœur de la mission des services et des organismes sociaux était le traitement de masse : soigner, liquider, payer les prestations à temps, construire un service public de l'emploi capable de faire face à l'explosion du nombre de demandeurs d'emploi.

Bien accueillir, faciliter les démarches, c'était un service donné « de surcroît ».

À l'aube du troisième millénaire, les services publics sociaux restent des services de masse. Certains d'entre eux, tels les régimes de retraite vont même connaître une augmentation forte de leurs effectifs d'usagers dans les années à venir.

Mais il leur est demandé, en même temps, au même titre, de gérer la production de masse et de traiter chaque usager comme une personne singulière.

Ceci pas seulement pour être plus agréable aux usagers, mais parce que les populations se sont segmentées et que la personnalisation du service permet seule un traitement opérant.

L'impératif d'accessibilité devient dès lors primordial. En effet, le souci d'équité comporte forcément la volonté de faire accéder tous les usagers potentiels aux services et prestations légalement prévus et pas seulement les usagers qui les réclament.

Ce souci d'universalité est présent aussi dans la prise en charge des usagers, ajoutée à l'impératif pérenne de rapidité et d'exactitude dans le traitement.

Mais là encore, fournir un service de qualité à tous signifie à la fois améliorer la qualité du service rendu aux usagers moyens, la grande masse, et celle des marges, celle du service dû à tous, même aux usagers plus fragiles.

## Chapitre 1

# Un service public plus accessible ?

L'accès aux droits est une préoccupation relativement moderne pour l'administration qui, lorsqu'elle n'atteint pas ses cibles, n'a pas à subir la sanction du marché. Le plus souvent la clientèle lui arrive, contrainte et forcée dans une situation au demeurant assez particulière à la sphère sociale. Même quand le libre choix et une certaine concurrence sont à l'œuvre, comme en matière de santé, la réalité économique en restreint notablement l'exercice.

L'IGAS n'a pas souhaité se risquer à définir les besoins des usagers pour savoir si les institutions y répondaient ; elle s'est contentée, dans son appréciation de l'accessibilité du service public social, comme d'ailleurs dans le jugement porté sur son efficacité et sa qualité, d'estimer si les citoyens pouvaient faire valoir leurs droits : à recevoir des prestations en espèces, définies par les codes de la sécurité sociale, du travail, de la famille et de l'aide sociale ; à bénéficier des conditions d'accueil et de soins préconisées par ces mêmes textes pour les personnes hospitalisées ou en demande de soins psychiatriques auprès du secteur public ; à recevoir une réponse à leurs sollicitations auprès des services de l'inspection du travail ; à exercer leurs droits de recours auprès des juridictions sociales.

À cette fin, il convient que l'utilisateur soit d'abord bien informé : le service public doit l'accueillir convenablement et traiter son dossier de manière personnalisée.

## Un usager mieux informé

L'utilisateur, longtemps considéré comme un assujéti, passe peu à peu au statut d'utilisateur consommateur dans certains cas, d'utilisateur citoyen dans d'autres. Il exige donc d'être informé, voire d'être traité comme un client. Aucune administration n'a pu échapper à la nécessité de communiquer avec ses usagers.

L'information tend donc à devenir un droit, que la jurisprudence conforte.

Dès lors, la demande des usagers augmente, sans que l'offre d'information n'épuise toujours cette volonté de savoir. Une bonne information ne peut pas être délivrée par des organismes isolés, mais nécessite une mise en réseau des

compétences. En outre, la qualité de l'information générale n'exonère pas l'institution d'une information bien ciblée envers des publics spécifiques.

## **L'information des malades et de leurs familles est un droit difficile à mettre en œuvre**

C'est sans doute dans le secteur de la santé que la demande d'informations est la plus forte, mais aussi la plus difficile à satisfaire. Dans son enquête au sein des établissements de santé, l'inspection a distingué trois types d'informations : celles, d'ordre administratif, qui touchent au séjour hospitalier, aux droits du patient, à l'organisation de l'établissement ; celles, de nature médicale, relatives à l'état du malade et aux soins qui lui seront dispensés ; enfin, celles à destination d'un public plus vaste que celui des malades.

### **L'information administrative reste trop centrée sur l'institution**

Ce type d'information est délivré par plusieurs canaux et instruments, parmi lesquels le livret d'accueil, la charte du malade hospitalisé, les divers moyens d'affichage et de renseignements développés dans les établissements.

Le livret d'accueil constitue le document support essentiel à l'information des patients, des familles et des visiteurs dans les établissements. Les établissements visités disposent de documents relativement semblables. Tout d'abord, les obligations réglementaires, fixant la liste des renseignements qu'ils doivent contenir sont respectées. De plus, leur fonction est partout identique : donner des informations d'ordre pratique (plan d'accès, plan des locaux, conditions de règlements ou de prise en charge des frais d'hospitalisation, accès au téléphone et à la télévision). Ils permettent également, et il s'agit là d'un progrès important dans la mise en œuvre du droit des usagers, de faire accéder les malades à la connaissance des extraits de la charte des patients hospitalisés ou, par exemple, des conditions de déroulement des essais thérapeutiques (une fiche de grande qualité est ainsi présentée dans le nouveau livret d'accueil de l'Institut Curie à Paris).

Toutefois, les livrets d'accueil sont le plus souvent marqués par une logique institutionnelle qui met l'accent, soit sur la consommation potentielle de biens et services (télévision, téléphone, journaux, cafétéria), soit sur la réglementation (ce qu'il est possible et interdit de faire dans l'enceinte de l'établissement), et s'adresse encore peu à des usagers utilisateurs actifs du système de soins.

Ainsi, les livrets d'accueil restent-ils très peu clairs et explicites sur les voies et moyens d'exprimer des plaintes et des réclamations ou, plus simplement un mécontentement. L'existence d'une commission de conciliation est parfois mentionnée mais rarement les jours, les heures et le lieu où sont tenues les permanences ; de même, le nom des représentants des usagers au conseil

d'administration de l'établissement n'est pas toujours indiqué. Il est vrai que la fabrication de ces supports de communication représente un coût important qui amène les responsables des établissements à les faire imprimer en grand nombre et donc à limiter fortement leur actualisation : néanmoins, il est possible de prévoir des supports mobiles et réactualisables.

Par ailleurs, la distribution réelle du livret d'accueil est très aléatoire. Elle semble plus importante dans les établissements privés que dans les établissements publics, et à coup sûr meilleure dans les établissements de taille réduite que dans les ensembles plus grands. Une gestion prévisionnelle déficiente des stocks ou des problèmes pour la constitution des nouvelles versions aboutissent également à ce que certains établissements ne disposent plus de livrets d'accueil pendant plusieurs mois (Institut Curie par exemple). Les modalités de distribution divergent fortement d'un établissement à l'autre, le livret étant distribué au moment de l'admission, ou dans la chambre du malade.

En règle générale, le livret d'accueil :

- est distribué en pré-admission et présenté à l'entrée des services ou par le service des admissions lors du jour d'hospitalisation ;
- est distribué par le personnel soignant ou déposé par les infirmières dans la chambre du patient ;
- est disponible sur des présentoirs au service des admissions ou à l'entrée des services médicaux.

Quoi qu'il en soit :

- la distribution du livret d'accueil reste trop souvent un acte « automatique », sans que son intérêt ne soit souligné, même brièvement, par les personnes qui le distribuent ;
- le débat reste ouvert de savoir si elle relève des soignants (ce que les personnels revendiquent fréquemment mais ne prennent pas en charge au motif de l'accroissement de la charge de travail), ou des personnels administratifs ;
- la mission n'a pas eu connaissance d'évaluation faite dans les établissements sur la lecture réelle du livret d'accueil par les usagers et leur appréciation de son utilité.

Enfin cette information peut être complétée par des livrets d'accueil par service qui présentent, synthétiquement, les principales informations qui lui sont propres (horaires de passage du chef de service, horaires des consultations, nom du cadre hospitalier) comme par exemple à l'hôpital Henri Mondor. Il peut également, dans les grandes structures multi-sites, présenter à la fois le site mais également l'établissement ou le groupe d'établissements dans son ensemble (CHU d'Amiens, Assistance publique-hôpitaux de Paris).

En ce qui concerne la charte du malade, la mission a constaté une situation satisfaisante. Elle est toujours présentée, sous forme d'extraits, dans le livret d'accueil. Elle est, moins souvent, affichée dans les services et parfois les

chambres. Une mention particulière doit être donnée à l'AP-HP qui a fait traduire la charte en une quarantaine de langues, y compris en braille. En matière d'affichage, la mission a relevé des situations inégales mais, d'un point de vue général, les marges de progression demeurent importantes. Les horaires et les coûts des consultations libérales ne sont pas systématiquement affichés (Henri Mondor notamment), les jours et les heures de rencontre avec le chef de service ou le médecin traitant ne sont pas systématiquement portés à la connaissance des patients (par voie d'affichage ou par document écrit interne au service).

### **L'information médicale est encore un sujet délicat**

En pratique, l'information médicale recouvre trois types de questions :

- l'information donnée à un patient sur les actes médicaux qu'il va subir ;
- la tenue et la communication du dossier médical ;
- l'information du public, spécialisé ou non.

#### **▪ L'évolution récente de la législation, de la réglementation et de la jurisprudence a instauré un large droit à l'information du malade**

Le médecin doit à la personne « *qu'il examine qu'il soigne ou qu'il conseille, une information claire, loyale et appropriée sur son état, les soins et les investigations qu'il lui propose* »<sup>1</sup>.

La Cour de Cassation, puis le Conseil d'État ont donné une interprétation extensive de ce droit à l'information : c'est au médecin de faire la preuve de ce qu'elle a été dispensée ; elle inclut aussi l'information sur les conséquences, même exceptionnelles, d'un acte médical. Certains établissements ont engagé une réflexion collective sur les modalités de cette information.

Si tous les médecins rencontrés ont prôné la primauté du colloque singulier, une attention particulière doit être portée au rôle des infirmiers. Dans certains établissements (Institut Curie, hôpital Saint-Camille) cette collaboration est organisée, l'infirmière présente dès les premières consultations pouvant aussi relayer le médecin auprès du patient ou des familles. À l'Institut Curie des équipes médecins/soignants sont développées pour favoriser une connaissance et une appropriation commune des informations concernant un patient.

#### **▪ Un débat subsiste sur la nature des informations à donner avant un acte**

Nombre de médecins, tout en informant leurs malades sur les interventions, les difficultés intervenues, les stratégies thérapeutiques, refusent d'évoquer les risques exceptionnels, estimant que ce type d'information peut induire un stress, qui pourrait majorer le risque.

<sup>1</sup> Article 35 du Code de déontologie médicale modifiée par le décret du 6 septembre 1999.

D'autres médecins redoutant une omission susceptible de provoquer par la suite une action en justice, se montrent le plus exhaustif possible dans l'énumération des risques éventuels.

▪ ***L'administration de la preuve de l'information reste difficile***

Quelques praticiens relèvent qu'une information a été donnée dans l'observation médicale ou directement dans le dossier du patient ; d'autres le précisent dans le courrier adressé au médecin traitant (Henri Mondor à Créteil). Certains médecins s'appuient sur des supports fournis par des sociétés savantes, des collèges médicaux, des laboratoires, relatifs aux pathologies et aux traitements. Depuis les arrêts du Conseil d'État du 5 janvier 2000<sup>2</sup>, on a vu se multiplier les documents signés par les deux parties et attestant que l'information a bien été donnée. Un document type n'a pas forcément une valeur juridique certaine. De plus, sa fourniture ne dispense pas le médecin d'expliquer son cas au malade, selon les termes du Code de déontologie médicale. Il est rare que les soignants expriment la préoccupation, pourtant naturelle, que les patients aient bien entendu et compris ce qui leur avait été dit et expliqué, et que ces explications aient répondu à leurs demandes.

---

**Le contenu et l'accessibilité du dossier médical ne sont pas fixés clairement**

▪ ***Des conceptions diverses du dossier médical***

Si la réglementation actuelle fait référence au « dossier médical » et à son contenu (articles L. 710-2, R. 710-2-1 et R. 710-2-4 du CSP), la mission a pu constater qu'il n'existait pas un, mais des dossiers médicaux. Il lui est apparu que la conception même de ce dossier médical variait en fonction de l'objectif recherché et de l'utilisation de ce dossier par les professionnels administratifs ou médicaux.

L'essentiel des établissements fonctionne sur dossier papier. Celui-ci relève de conceptions très différentes. Un dossier peut être établi à chaque hospitalisation, ou être classé dans un dossier médical unique, toutes les pièces relatives à un patient par service ou en provenance de tous les services d'un hôpital : à Montauban, les éléments sont regroupés par spécificités, sur la couverture figurent outre les éléments d'identification du patient, le récapitulatif de ses différents séjours, renseigné au fur et à mesure ; à l'Institut Curie, le dossier médical est unique et regroupe toutes les pièces relatives aux consultations et aux hospitalisations. L'observation médicale y est rédigée en continu, une pochette regroupe les examens complémentaires, une autre les courriers reçus et envoyés. Le dossier infirmier est en revanche conservé au niveau du service.

---

<sup>2</sup> AP-HP et Consorts.

Les cas où les dossiers sont relativement bien organisés ne sont pas majoritaires. Parfois, certains services refusent de verser « leurs » dossiers « malades » aux archives centrales, prétextant de l'urgence possible. Parfois, les pièces ne sont pas regroupées de manière homogène par les services et un même document peut figurer jusqu'à quatre exemplaires dans une même pochette.

De plus en plus d'établissements mettent en place des groupes de travail pour réfléchir à la constitution et à la conservation d'un dossier médical unique. En effet, l'objectif est bien de conserver toutes les pièces utiles à la santé d'un malade, sur toute sa vie, de les classer de manière à les rendre aisément consultables, par le médecin qui les a établies, mais aussi par celui qui aurait à reprendre le traitement ou à traiter une autre pathologie. Il s'agit également de pouvoir les communiquer à une autre équipe ou un autre établissement de santé, que consulterait ultérieurement le malade.

S'ajoutent à ces objectifs celui de confidentialité (seuls les médecins en principe autorisés par le malade peuvent accéder à ces informations, autorisations qui sont rarement formellement demandées) et la question de l'archivage. Les dossiers médicaux sont en principe archivés au terme de cinq ans et doivent être conservés. Or, il convient de trier et conserver uniquement les documents utiles.

▪ ***Le dossier informatisé reprend ces objectifs***

Là encore les situations rencontrées sont très variables.

À l'Institut Curie, ce support existe depuis plusieurs années, mais la question des accès fait encore l'objet de discussions. La réflexion actuelle s'oriente vers la possibilité d'intégrer le médecin traitant, qui intervient dans le suivi et le traitement d'un patient, comme personne autorisée à consulter, mais aussi à modifier et compléter le dossier informatisé, dans le cadre de la mise en place des réseaux de soins.

À Saint Camille (Bry-sur-Marne), ce dossier mis en place dès les années 1990, est propre à chaque service, sans possibilité d'inter-communication.

À Blois, depuis avril 2000, le dossier médical informatisé a la même conception pour tous les services, et tous les personnels de santé y ont accès. La cellule informatique, qui garantit l'impossibilité d'établir des disquettes à partir des postes des services et d'accéder au système depuis l'extérieur, a grandement contribué à son développement.

Dans des établissements comme La Roseraie (Aubervilliers) ou le CHU d'Amiens, quelques rares services utilisent des embryons de dossiers plus ou moins complexes. Réservés à leur usage personnel pour les courriers, les comptes rendu d'hospitalisation ou bien l'élaboration de statistiques variées, ces documents informatiques ne constituent pas véritablement un dossier médical.

Pour quelques établissements, une réflexion est en cours sur le principe d'une informatisation mais les questions sont nombreuses quant au contenu et à l'usage du produit de sortie (Montauban, Amiens).

Pour d'autres encore, cette réflexion n'est pas une priorité (Henri Mondor – Jacques Cartier à Sèvres).

▪ ***Un contenu hétérogène des dossiers-papier des patients***

Si les dossiers papiers consultés par la mission contiennent, en général, tous les documents énumérés au I de l'article R. 710-2-1 du CSP, l'examen des différentes pièces constitutives appelle plusieurs remarques.

L'observation médicale, document établi par tout médecin appelé au chevet du patient et conduit à y pratiquer un examen clinique initial et des examens successifs, est diversement rédigée. La date de l'examen clinique y figure le plus souvent, mais l'identification de son auteur est très rare. Parfois, des initiales sont inscrites, mais la fonction du rédacteur n'est pas précisée. L'absence de référence explicite à la fonction exercée par le rédacteur prive un autre médecin appelé à consulter le dossier d'une partie non négligeable de l'information, lorsque notamment des diagnostics sont évoqués et des examens complémentaires demandés. Elle ne lui permet pas d'apprécier ou de moduler certaines observations effectuées.

S'agissant des examens de laboratoire, les documents émis par les laboratoires des hôpitaux ou des cliniques ne sont pas tous signés. L'IGAS s'interroge sur la responsabilité des directeurs de ces unités à l'égard de documents non-validés, puisque non signés et celle des services, qui utilisent de tels résultats.

Les comptes rendus d'examens complémentaires sont, le plus souvent, signés. Toutefois dans les grands centres hospitaliers il n'est pas rare que ces documents, joints aux examens ne le soient pas. De fait, si toute l'attention était portée à l'examen des comptes rendus et des pièces jointes, les deux services (celui qui pratique l'examen et celui qui adresse le malade) pourraient, grâce à cette double lecture, détecter les éventuelles homonymies et ne pas imputer à tort des résultats. La présence du cliché d'un homonyme hospitalisé à la même période dans le dossier d'un patient ne permet pas sur l'instant et au vu des documents présents, de trouver l'origine de ce dysfonctionnement inadmissible. Les comptes rendus opératoires présents dans les dossiers ne sont pas signés de leur auteur dans la très grande majorité des cas. Les prescriptions d'ordre thérapeutique, de même que les modifications apportées en cours de traitement, ne sont pas toujours signées et leurs auteurs identifiables, ce qui est un manquement aux règles de prescription. Le dossier transfusionnel n'est pas systématiquement joint au dossier médical. La mission, quand elle a pu le consulter, a constaté que toutes les informations n'y figuraient pas toujours et en particulier la notion d'information écrite du patient sur l'administration de produits sanguins labiles.

Le dossier de soins infirmiers est très variable dans sa composition d'un établissement à l'autre ; or, c'est bien souvent le seul document qui permette de connaître la vie du patient, en continu, dans le service, en particulier la chronologie de certains actes dont les résultats sont dispersés dans les divers sous-dossiers.

La nature des comptes rendus d'hospitalisation varie selon les établissements. Dans les établissements privés, non participant au service public hospitalier, ils sont assez brefs et se résument le plus souvent pour les services de chirurgie au compte rendu opératoire. Dans les autres établissements ils sont plus longs. Certains services utilisent des canevas type qui sont complétés pour chaque patient. L'identification du signataire n'est pas toujours évidente même si, dans certains dossiers, il est indiqué, pour toutes informations complémentaires, l'identité du médecin référent, la date de la prochaine consultation, et même des suggestions pour la poursuite du traitement.

En conclusion, il n'existe pas un, mais des dossiers médicaux, et, dans ces conditions, retracer l'histoire médicale d'un patient dans un établissement peut relever de la gageure. Un exemple assez caricatural rencontré par la mission concerne la pochette unique d'un patient qui renfermait, hormis les radiographies, quinze sous-dossiers pour des hospitalisations, des consultations dans trois services du même établissement, et dans laquelle aucune synthèse n'était présente alors que certains documents pouvaient exister en plusieurs exemplaires. Tous les éléments du dossier médical fixés réglementairement étaient certes réunis mais la lecture et la compréhension de ces informations se sont révélées des plus fastidieuses. Dans cette situation, non isolée, on peut s'interroger sur l'utilité d'un tel support comme élément de coordination de la prise en charge médicale.

#### ▪ *Des pratiques différentes d'accessibilité du dossier médical*

La question de l'accessibilité revêt plusieurs aspects : communication du dossier entre médecins de services différents, communication au patient, communication à ses proches.

Si les médecins évoquent volontiers les pathologies et les particularités cliniques des patients, ils sont encore très réticents à l'intrusion d'un confrère dans le dossier médical (hormis les médecins du contrôle médical des organismes de protection sociale). La discussion au cours du « staff », notamment d'un cas pathologique, ne pose pas de difficultés. En revanche, le prêt pour consultation d'un dossier médical papier est beaucoup plus difficile.

À l'Institut Curie, le principe de l'accès à un dossier pour tout médecin de l'établissement, qu'il intervienne ou non dans la prise en charge médicale du patient a été accepté, mais la nécessité d'élaborer une charte de bonne utilisation de ce dossier est apparue.

Les établissements qui ont opté pour une pochette unique d'archivage des dossiers de service n'ont pas tous réussi à faire admettre le principe du dossier de base communicable.

Seul le centre hospitalier de Montauban a réussi à mettre en place, pour les dossiers des services actifs (médecine - chirurgie et gynécologie-obstétrique), un dossier médical unique. Il a même institué une procédure écrite pour codifier

la transmission des dossiers aux Unités de soins dans les établissements pénitentiaires d'un autre département et au CHU voisin en cas d'appel urgent. Il lui arrive également d'en faxer, sans aucune restriction quant à la qualité du réceptionniste, ni l'endroit où est situé le fax.

En général, l'autorisation du malade n'est pas requise dans les établissements. À Blois, la commission médicale d'établissement s'est prononcée dès 1997 pour le « *principe de partage en interne du dossier médical avec les professionnels de santé de l'établissement* ». Plusieurs praticiens ont précisé qu'ils demandaient à des services extérieurs de leur faxer des dossiers pour des patients qui leur avaient signalé des difficultés lors d'une hospitalisation précédente. Ceux-ci leur parviennent sans aucun problème.

Concernant la communication au patient, les avis divergent mais sont indépendants du type d'établissement. De manière générale, on constate que les dispositions législatives (loi du 17 juillet 1978 et du 12 avril 2000 relatives à la communication des documents administratifs et Code de la santé publique) sont peu connues et diversement appliquées.

Les divergences entre les deux législations précitées ne simplifient certes pas la connaissance de la loi. Le dossier médical est défini à l'heure actuelle de manière systématique dans son contenu par le Code de la santé publique qui énumère ce qui doit y figurer. La CADA, en revanche, a une définition extensive de ce dossier médical, conçu comme tout document détenu par l'établissement public, au nom du malade. Ainsi les « notes personnelles du médecin » ou le dossier infirmier en font-ils partie. Les deux législations prévoient encore à l'heure actuelle que le dossier médical ne peut être communiqué qu'au médecin désigné par le malade, et qu'il est de la responsabilité de ce praticien de donner au malade les informations médicales qu'il estimera utiles et possibles, en fonction du Code de déontologie. Néanmoins, ce sujet était en débat lors de la réalisation de l'enquête, dans la mesure où un projet de loi sur les droits des malades a été déposé, tendant à aligner le régime français sur celui de la plupart des pays européens, dans lesquels le dossier est directement accessible au malade.

La mission d'enquête dans les établissements a constaté des pratiques divergentes en matière de communication de ces dossiers aux malades ou à leurs familles. Pour certains médecins, les plus nombreux, « *le libre accès peut être toxique et dangereux* ». Le patient « *ne comprend pas forcément tous les termes et expressions employés, notamment quand il s'agit de diagnostics différentiels* », « *tout n'est pas bon à dire* », « *le patient n'est pas capable, le plus souvent d'entrer dans son dossier médical* ». Pour les autres, le malade peut consulter son dossier médical, mais il lui faut des explications pour le comprendre. Le médecin hospitalier qui l'a suivi est le mieux placé pour le consulter avec lui.

Si la réglementation changeait, plusieurs praticiens (Saint-Camille, La Roseraie) ont précisé qu'ils seraient amenés à modifier le mode de rédaction et le

vocabulaire employé. Certains ont même évoqué la possibilité de créer deux documents : l'un pour le dossier destiné au malade, l'autre pour le service (ce qui ne leur épargnerait pas de communiquer le second à l'intéressé en application de la loi de 1978 modifiée).

Quelques rares médecins estiment qu'il faut avoir le courage de ses opinions, et donner son dossier au malade qui le demande, puisqu'il s'agit du dossier du malade et non du praticien, ce qui impose en outre de le rédiger à cette fin.

Il est apparu à la mission que les objections soulevées le plus souvent par le corps médical ne résidaient pas dans la fourniture au patient des résultats d'examen, d'analyses, des comptes rendus opératoires et d'hospitalisation, qui sont déjà pour une grande partie disponibles (soit spontanément, soit à la demande), mais plutôt dans la connaissance du contenu de l'observation médicale. En effet, celle-ci, rédigée à l'usage des médecins, concerne l'histoire du patient. D'autres médecins ont exprimé la nécessité de tenir pour leur usage personnel un document peu différent de l'observation médicale actuelle afin de disposer d'un support-mémoire, tandis que le document officiel serait plus succinct et à l'usage du patient. Nombre de médecins rencontrés ont aussi exprimé leur crainte de voir le patient détenteur de son dossier médical exposé à des risques, face à un futur employeur ou un assureur qui exige, sous une forme plus ou moins voilée, la production d'informations sur son état de santé.

Au-delà de l'obligation faite par la loi d'informer le patient et de lui communiquer son dossier, il faut souligner que la manière dont est expliqué ce dossier au malade est essentielle. Ceci relève, à l'évidence, davantage d'une pratique et d'une formation des soignants que d'une obligation légale.

---

### **Certains établissements de santé font un effort d'information vers l'extérieur**

Plusieurs services hospitaliers ne se bornent pas à fournir une information médicale en cours d'hospitalisation ou de consultation.

Au centre hospitalier Jean Rostand à Sèvres, une large information relative aux activités du service de gynécologie obstétrique est faite dans la presse et en direction des municipalités.

À l'hôpital de Montauban, un document a été élaboré et distribué, « à l'attention des infirmières libérales, des personnels de maisons de retraite et des familles » notamment pour l'alimentation des malades gastrostomisés. De plus, une école de l'asthme a été mise en place dans le service de pneumologie pour les patients asthmatiques. Tous les moyens audiovisuels y sont utilisés.

Dans un autre établissement, une « consultation d'infirmières » a été ouverte et concerne l'éducation du patient diabétique et du malade cardiaque. C'est ainsi que la personne peut recevoir toutes les informations sur sa maladie, et en particulier sur son hygiène de vie afin de vivre le mieux possible avec ce handicap.

Avec le travail en réseau et l'accès possible des médecins traitants de ville aux informations détenues par les établissements de santé sur les malades, ce type d'ouverture vers la vie de leurs malades hors le temps de prise en charge hospitalier, est sans aucun doute un facteur d'amélioration des relations des usagers avec l'hôpital.

## La multiplication des outils d'information ne suffit pas à épuiser la demande des usagers

### La demande de renseignements en droit du travail est en expansion

Des constats effectués dans le domaine de l'inspection du travail, il ressort qu'une augmentation et une diversification de l'offre d'information ont abouti paradoxalement à une certaine insatisfaction des usagers, malgré la multiplication de nouveaux services offerts aux niveaux national et local.

- **Importante en termes quantitatifs, la demande du public est qualitativement très variée. Ces sollicitations font apparaître de nouvelles préoccupations**

La demande des salariés est, en premier lieu, croissante. Formulées par téléphone majoritairement, les sollicitations s'expriment ensuite par visite dans les services, alors que le nombre des courriers reste relativement mesuré. Signe d'une évolution des attentes des usagers, la demande de renseignement et de conseil apparaît sensiblement plus importante que l'expression des plaintes ou les demandes d'intervention. Les sollicitations sont difficiles à évaluer quantitativement. La mission les a estimées à 5 millions par an. Ainsi les services de renseignement par téléphone du ministère de l'Emploi et de la Solidarité reçoivent plus de 600 000 appels par an et en traitent 350 000. Les CIRA reçoivent plus de 300 000 appels pour le secteur travail emploi par an et en traitent 150 000. Les douze directions départementales enquêtées ont traité environ 180 000 appels correspondants à des demandes de renseignements et 120 000 appels demandant des conseils à l'inspection du travail. Ces mêmes services ont reçu 100 000 visiteurs, dont 70 000 pour les services de renseignement et 30 000 à l'inspection du travail.

La demande de renseignement adressée par courrier électronique se développe régulièrement : ainsi le forum 35 heures développé par « Info-Emploi 35 heures » a-t-il reçu 10 000 demandes en un an. Aucune direction départementale n'a ouvert de messagerie électronique pour traiter les demandes de renseignement. Selon les départements, la part des plaintes dans les sollicitations varie fortement -de 10 % à 70 %- mais de manière générale, elle reste marginale auprès des services de renseignement, alors qu'elle atteint 60 % auprès de l'inspection du travail.

Si les plaintes individuelles sont difficiles à quantifier, les agents estiment devoir faire face à une augmentation sensible de la demande individuelle. Les

variations dépendent du contexte économique, de la présence syndicale, voire de l'activité même de l'agent de contrôle. En effet, la présence de l'inspecteur du travail en entreprise peut inciter les salariés à se manifester lors des permanences ; inversement, un agent de contrôle peut limiter la demande qui s'exprime auprès de lui en ne traitant qu'à minima les demandes individuelles.

Dans tous les cas, la demande d'information en droit du travail est en croissance forte, ce mouvement étant confirmé par les sondages réalisés sur l'opinion des Français sur le travail, l'emploi et la formation professionnelle.

- ***Les principaux thèmes de sollicitations sont la rupture et la modification du contrat de travail***

Derrière ces sujets majeurs, se situent les préoccupations des usagers devant la rémunération (salaire, paiement des heures supplémentaires), la durée du travail et les congés (congés payés, et jours fériés, congé parental) et la maladie. Les demandes de renseignement portent essentiellement sur les dispositions conventionnelles du droit du travail, les questions relatives à la formation professionnelle demeurant marginales. En dépit de son intitulé, « Info Emploi » ne reçoit ainsi qu'un tiers de ses appels au titre des questions d'emploi. La demande de renseignement provient au fond, soit de la mise en place de mesures et de dispositifs nouveaux (cas de la réduction du temps de travail, des contrats aidés), soit de la complexité de la législation, difficile à maîtriser par des salariés isolés ou de petits employeurs (régime de l'inaptitude par exemple), soit enfin d'une relative difficulté d'accès au droit (les conventions collectives sont peu consultées dans l'entreprise).

Certains thèmes connaissent aussi une évolution saisonnière (congés payés), ou sont liés à la médiatisation de diverses questions. Ce phénomène est net pour ce qui est des plaintes, qui ont pour objet la rupture du contrat de travail, les pressions à la démission, les modifications des conditions de travail, la durée du travail et son aménagement, le paiement des heures supplémentaires. Les plaintes concernant le fonctionnement des institutions du personnel et les conditions d'hygiène et de sécurité sont moins fréquentes. La démission, l'inaptitude, les clauses de mobilité et de non concurrence, le temps de travail, mais aussi les discriminations et le harcèlement moral sont les nouveaux thèmes qui émergent. Dans le même ordre d'idées, le nombre des plaintes individuelles pour discrimination raciale a augmenté depuis la mise en place du numéro vert à partir du 16 mai 2000. Jusqu'alors ne parvenaient à l'inspection du travail que des plaintes collectives, appuyées par les organisations syndicales ; la mise en place d'un numéro d'appel gratuit a ainsi permis de révéler l'ampleur de ce phénomène.

---

### **L'administration a multiplié l'offre d'information**

Pour aller au-devant de ces usagers de plus en plus exigeants en matière d'information, les services du ministère de l'Emploi et de la Solidarité ont mis en

place des services de renseignements à côté des services d'inspection du travail. Dans les directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et au niveau national, ont ainsi été créés des outils dédiés à l'information.

#### ▪ *Au niveau local*

L'inspection du travail dispose d'une compétence générale dans le champ du droit du travail qui l'autorise à prendre en charge les demandes d'information, de conseil ou d'intervention des usagers dont elle est saisie. Au-delà de l'action purement répressive, l'inspection du travail s'est vue confier une mission d'explicitation aux parties (employeurs, salariés ou leurs représentants) du droit du travail, qu'il soit d'origine législative, réglementaire ou conventionnelle, laquelle s'exerce en dehors de toute procédure formalisée. Les directions départementales se sont donc organisées pour gérer cette mission de renseignement, les inspecteurs et contrôleurs du travail pouvant être saisis de toute demande d'explicitation. La compétence de l'inspection du travail dans ce domaine reste cependant limitée par celle des conseils de prud'hommes qui sont seuls compétents pour juger des litiges entre employeur et salarié. L'inspection du travail ne peut en aucun cas donner une appréciation sur un cas particulier, tel que le motif d'un licenciement. En outre, de manière traditionnelle, l'inspection du travail exerce une fonction de contrôle des conditions collectives du travail. Le flux de personnes reçues physiquement chaque année dans les services de renseignement des DDTEFP varie de 2 000 (Aveyron, Corrèze) à plus de 20 000 (Bouches-du-Rhône, Loire, Hérault, Bas-Rhin). Les services de renseignements ont accueilli 630 000 usagers en 1999 contre 320 000 pour les services voisins d'inspection du travail. Les courriers sont moins nombreux, 500 lettres en moyenne par an pour les services de renseignement, de 2 000 à 27 000 pour les services d'inspection du travail.

#### ▪ *Au niveau national*

Deux dispositifs de renseignements par téléphone et par internet coexistent : un dispositif interministériel avec les CIRA (centres interministériels de renseignements administratifs, centres interrégionaux) et des services spécifiques au ministère du Travail avec « Info Emploi 35 heures », et un site internet travail. Les neuf centres interministériels de renseignements administratifs relèvent du Premier ministre. Ils doivent répondre à toute demande des citoyens. Le secteur du travail est celui qui reçoit le plus d'appels du public. Vingt-trois contrôleurs du travail et un inspecteur de la formation professionnelle y sont affectés. Ces services offrent une information anonyme, qui va au-delà du simple renseignement. Mais, à l'heure actuelle, l'amplitude d'ouverture et l'organisation autonome de chacun des neuf centres ne leur permettent de répondre qu'à moins de 50 % des appels dans ce secteur. Le site internet, désormais partie prenante du nouveau portail de l'administration « Service Public.fr » qui comporte 2000

fiches questions-réponses, doit permettre d'éviter les appels téléphoniques pour les questions simples et souvent répétées.

Les services du ministère de l'Emploi et de la Solidarité ont mis en place deux services de renseignements par téléphone, « Info Emploi » et « Info Emploi 35 heures ». Ces deux services se limitent au renseignement juridique de leur compétence respective, en matière de droit du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle d'une part et de réduction du temps de travail d'autre part. Ils occupent une cinquantaine de personnes et répondent au téléphone du lundi 9 heures au vendredi 18 heures pour un prix de 0,98 F la minute, quel que soit le lieu d'appel. Ce service est assuré par un prestataire privé sous le contrôle du bureau de la communication externe du ministère. De manière générale, les services rendus sont de bonne qualité en termes d'identification de la demande et de qualité de la réponse, mais l'accessibilité reste faible. En amélioration depuis 1999, elle se traduit par 51 % d'appels aboutis pour Info Emplois, cet indice ayant chuté de 70 % à 40 % pour « Info Emplois 35 heures. » Si un partage des tâches entre les CIRA et ces services du ministère commence à se mettre en place, le partenariat reste limité au renvoi des usagers en fonction des thèmes de demandes : les CIRA se chargent des questions relatives à la fonction publique et aux conventions collectives, alors qu'Info Emploi traite les demandes relatives au chèque emploi services, outre les conventions collectives concernant les particuliers employeurs et le Syntec. Un sondage effectué en octobre 1999 montre combien ces nouveaux services souffrent encore d'un manque de notoriété par rapport aux structures traditionnelles : aucun nouveau service ne dépasse les 35 % de notoriété (minitel 36-15 Emploi) contre 89 % pour les services déconcentrés. Pour autant, il est fort possible que les usagers ne se renseignent sur les services existants qu'à l'occasion d'un besoin d'information particulier.

Au niveau national, il faut par ailleurs noter que le courrier adressé au ministre (courrier du citoyen) est le plus souvent réorienté vers l'échelon local compétent. Plus qu'une prise en charge directe des plaintes, le courrier du citoyen remplit une fonction d'orientation des dossiers et de relance des services d'inspection du travail. Les flux de courriers reçus ne font pas l'objet d'un suivi et d'une analyse particuliers. En fait, le bureau ministériel fait office de boîte aux lettres, à défaut d'exploiter cette source d'informations sur la situation des usagers, par exemple pour orienter les plans de contrôle ou plus simplement fournir une aide au traitement des demandes individuelles.

Enfin, alors que l'organisation de l'offre de renseignements devrait se fonder sur le principe de complémentarité, l'IGAS relève que les services nationaux ou locaux sont utilisés indistinctement par les usagers et souvent de manière cumulative. On eût pu imaginer une spécialisation par nature de la demande, les informations de portée générale sur le droit étant délivrées par les services nationaux, alors que les réponses aux cas particuliers seraient réservées aux services de renseignements des directions départementales. Il n'en est rien :

l'échelon national reçoit souvent une demande qui est tout simplement mal adressée ou à laquelle il n'a pas été répondu assez vite et les services départementaux sont assaillis d'appels ayant trait à des informations d'ordre général. Or, ceci obère la capacité de réponse des différents opérateurs et partant, la satisfaction finale de tous les usagers. Certains d'entre eux vont en effet passer beaucoup de temps à interroger de manière redondante tous les points d'information possibles, alors que d'autres ne verront pas aboutir leur appel à temps. Ceci montre qu'il convient de réfléchir en termes d'information ciblée pour spécialiser, sans doute, les services et les moyens d'information

### **L'administration a développé les partenariats externes pour fournir une information ciblée**

Dans la sphère travail-emploi, un peu plus du tiers des directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle sondées par la mission ont indiqué avoir développé des partenariats pour l'accès aux droits et à l'information. Ces relais sont au premier chef les CIRA, les conseils de prud'hommes, mais aussi les URSSAF et certaines associations. Ces partenariats pourraient être développés : ainsi avec les permanences juridiques des organisations syndicales. Certes, celles-ci renvoient les usagers vers les services de renseignements pour des questions plus complexes ou vers l'inspection du travail pour faire respecter une règle de droit. Mais de manière générale, les organisations syndicales ne semblent pas disposer d'une réflexion stratégique sur ces partenariats, certaines se détournant de cette approche de service pour se recentrer sur la fonction de médiation et de négociation collectives. Les partenariats développés par les directions départementales pour faciliter l'accès au droit, avec les CIRA, les agences locales d'ANPE, des guichets initiatives emploi, des centres informations jeunesse, des centres d'information pour les femmes, des associations œuvrant pour les plus démunis (« Justice et Partage » en Haute-Loire, association intermédiaire IRIS en Haute-Vienne), sont toutefois peu formalisés et se limitent à l'orientation des usagers d'un guichet vers l'autre.

### **L'information demeure un élément essentiel de l'accès aux droits**

Les usagers les plus en difficulté dépendent de plusieurs institutions qui, chacune, leur établissent des droits ou leur verse une part des revenus sociaux qui leur reviennent. Pour que ce système fonctionne bien, il est nécessaire que les organismes partagent les informations et les mettent en commun à disposition des usagers. C'est ce qui commence à se passer entre les ASSEDIC et les caisses primaires d'assurance-maladie. Mais il est probablement aussi nécessaire de développer des systèmes d'information spécifiques.

## **Certaines ASSEDIC et caisses primaires d'assurance maladie partagent leurs informations**

Selon que les intéressés sont salariés ou demandeurs d'emploi, leurs droits à l'assurance maladie peuvent changer. De plus, comme les salariés, les demandeurs d'emploi peuvent être malades et avoir droit à des indemnités journalières qui se substituent à celles versées par les ASSEDIC, rallongeant d'autant la durée d'indemnisation. C'est pourquoi il était nécessaire, pour simplifier les démarches des usagers, d'organiser ce partage d'informations.

Dans le cadre de la convention nationale signée entre la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et l'UNEDIC du 27 juillet 1995 relative au rapprochement de fichiers entre les deux organismes, des conventions locales ont été signées dans certains sites pour préciser et compléter les modalités de cette coopération technique.

La convention passée par la caisse primaire d'assurance maladie et l'ASSEDIC de la Moselle a, par exemple, « pour but d'améliorer le service rendu aux allocataires, en accélérant le traitement de leur dossier ». Son champ d'application couvre trois domaines :

- les informations échangées entre les deux organismes doivent permettre à la CPAM de sauvegarder les droits à l'assurance maladie des demandeurs d'emploi, par la connaissance de leur prise en charge par le régime d'assurance chômage ou au titre d'un autre régime géré par l'ASSEDIC (solidarité, Fonds national pour l'emploi, assurance conversion) ; il appartient pour sa part à l'ASSEDIC de détecter les situations de cumul d'allocations de chômage et d'indemnités journalières de sécurité sociale. À cet effet, un micro-ordinateur « passif » est installé dans les locaux de la CPAM, permettant d'éviter l'envoi par la caisse primaire de demandes d'attestations ou de renseignements à l'ASSEDIC ; l'utilisation de ce micro, relié par une ligne Transpac au fichier de l'ASSEDIC, est l'exclusivité de l'agent « ASSEDIC » dans les locaux de la CPAM, qui effectue les divers travaux demandés, tels que la délivrance d'attestations de paiement. Par ailleurs, une fiche navette est mise en place entre la caisse primaire et l'ASSEDIC, en vue de mettre à la disposition de celle-ci des informations sur les périodes d'indemnisation par la sécurité sociale ;
- la formation réciproque des agents des deux organismes, centrée sur les aspects réglementaires, susceptibles d'interférer avec ceux de l'autre institution, en vue de faciliter les tâches des personnels respectifs et d'améliorer le service rendu à l'utilisateur ;
- l'information des allocataires communs, portant sur leurs droits et obligations.

En Midi-Pyrénées, les ASSEDIC envoient chaque semaine aux caisses primaires de la région un fichier en flux sur les nouveaux allocataires et sur les sor-

tés d'indemnisation. La CPAM retourne le fichier avec l'indication des périodes couvertes par les indemnités journalières. De plus, l'ASSEDIC transmet tous les mois aux caisses d'assurance maladie un listing des chômeurs en fin de droit au titre du régime d'assurance chômage, afin de maintenir leur couverture sociale.

Sur d'autres sites, la mission a relevé des échanges de services entre les deux séries d'organismes, sur la base d'accords non formalisés par convention. Ainsi, par exemple, des bornes interactives de la CPAM (SESAM Vitale) peuvent être installées dans les antennes ASSEDIC, et des bornes ASSEDIC dans les centres de paiement de la caisse primaire. Par ailleurs, au cours des réunions d'information collective organisées par les ASSEDIC pour les demandeurs d'emploi, des informations sont données sur la protection sociale ; à cette occasion, la mission a observé que celles-ci n'avaient pas été actualisées par une mention sur l'existence de la CMU.

### **Les publics en difficultés ont besoin d'un effort d'information spécifique**

Les caisses d'allocations familiales assurent une large diffusion auprès du public et des allocataires des supports d'information mis en œuvre par chaque branche, mais une information spécifique est nécessaire pour les personnes isolées.

En ce qui concerne l'information générale du public et des allocataires, les caisses disposent d'un large éventail de brochures et notes d'information préparées par la CNAF. Le *Guide des prestations 2000*, diffusé à près de 10 millions d'exemplaires, recense l'ensemble des prestations offertes par les caisses avec un résumé des conditions d'ouverture des droits, les grandes lignes de l'action sociale ainsi que les moyens d'accès par serveur vocal ou minitel. S'agissant de l'allocation de soutien familial (ASF) et de l'allocation de parent isolé (API), des notices particulières sont disponibles dans les points d'accueil et certains services sociaux, outre la généralisation de la mise en ligne des formulaires. Ces efforts s'inscrivent dans le cadre des orientations ambitieuses de la branche famille en matière de services aux usagers.

Cette information s'appuie également sur une assez large diffusion de la revue nationale *Vies de famille*. À titre d'exemple, la CAF de Gironde la distribue six fois par an aux familles allocataires et trois numéros sont envoyés à l'ensemble des allocataires. Ce magazine propose des informations à caractère général sur la famille, des informations d'ordre technique sur les droits, les procédures et les obligations des allocataires et des encarts locaux sur la CAF de Gironde. En 1999, la CAF de Gironde a ainsi édité et envoyé près de 926 000 exemplaires. En 1999, la CAF d'Arras a réalisé trois encarts personnalisés pour cette revue, qui a alors été adressée à tous les allocataires non radiés de la caisse et la CAF de Rouen l'a adressée quatre fois à ses allocataires avec deux encarts spécifiques pour son activité.

▪ **Les caisses ont développé des supports d'information adaptés aux conditions locales et s'appuient sur un réseau de partenaires institutionnels et associatifs**

Les caisses visitées par la mission diffusent des dépliants particuliers avec les moyens d'accès aux services qu'elles offrent sur le plan de l'accueil physique, téléphonique ou télématique. Elles s'efforcent d'adapter l'offre d'informations aux conditions locales.

À la caisse de la Réunion, par exemple, l'information des allocataires est assurée par des campagnes de communication, s'appuyant notamment sur la presse locale et la radio. La CAF n'avait pas de revue propre lors du passage de la mission en juillet 2000<sup>3</sup>, et la revue métropolitaine n'est pas adaptée aux départements d'outre-mer, où les prestations ne sont pas totalement alignées. Une fois par an, une émission radiophonique est organisée sur le thème de l'isolement, au cours de laquelle les conditions d'attribution relatives aux prestations API et ASF, sont rappelées ainsi que les démarches à effectuer pour en bénéficier. Les CCAS jouent à la Réunion un rôle actif d'information sur les minima sociaux et instruisent les demandes de RMI.

La CAF des Bouches-du-Rhône complète l'information par ses revues, *Familles 13* destinée aux allocataires et *Partenaires 13*, pour les services sociaux partenaires de la CAF ; des articles sont consacrés régulièrement à ces aides. Elle mène également des actions de communication, notamment à l'occasion de certaines manifestations (foire de Marseille, salon baby...).

La CAF de Gironde a passé avec le journal *Sud-Ouest Place publique* un accord de partenariat pour la publication, quatre fois par an, d'un supplément de huit pages. En 1999, les thèmes de la famille, du logement et du bénévolat ont été traités. En outre, depuis décembre 1999, un journal vidéo destiné aux usagers et implanté dans les lieux d'accueil au siège et dans les trois points relais diffuse pendant les heures d'ouverture des informations sur les prestations et l'action sociale de la caisse.

Les caisses entretiennent, plus généralement, des relations avec diverses associations pouvant servir de relais d'information et de soutiens aux allocataires des prestations d'isolement. Il s'agit en particulier d'associations d'aides aux mères célibataires ou aux couples ou femmes en difficultés avec des enfants en bas âge, d'associations de médiation familiale ou d'aide juridictionnelle. La mission a eu l'occasion de rencontrer les responsables de divers organismes de ce type, comme l'association « AMARE »<sup>4</sup> à la Réunion qui prend en charge des jeunes femmes mineures bénéficiaires de l'allocation de parent isolé ou le foyer maternel des Doves à Bordeaux, ainsi que l'association ARAJUFA<sup>5</sup>, qui, dans

<sup>3</sup> La CAF dispose depuis le mois d'août d'un journal aux allocataires. Le premier journal a été expédié le 29 août 2000.

<sup>4</sup> Accueil de la mère à la Réunion.

<sup>5</sup> Association réunionnaise pour l'aide juridique aux familles et aux victimes en détresse.

ce même DOM, apporte un soutien juridique lors de la séparation d'un ménage (constitution de dossiers d'aide juridictionnelle, médiation familiale), ou encore l'association girondine AGEF<sup>6</sup>, qui intervient dans la médiation familiale.

- **Des services destinés à faciliter l'accès aux droits des plus démunis sont mis en place dans certaines caisses.**

Ces services complètent l'offre générale des caisses en matière d'accueil physique examinée au chapitre premier. La CAF d'Elbeuf a développé une fonction de conseil aux familles, visant à apporter un soutien aux personnes et aux familles à faible autonomie administrative, à participer à la lutte contre l'exclusion sociale et à la gestion sociale des prestations. Cette action, qui se situe entre l'accueil classique et l'action sociale, est confiée à un emploi jeune, d'un niveau Bac + 2. Elle n'est pas toutefois spécifique aux bénéficiaires d'allocation d'isolement, même s'ils sont largement concernés.

À la CAF de Gironde, les techniciens sociaux administratifs, au nombre de cinq, ont pour mission de favoriser l'accès aux droits pour les allocataires, de faciliter et de suivre le traitement des dossiers complexes, d'assurer la médiation entre la CAF et les partenaires et de leurs besoins en informations et y répondre. En 1999, ils sont intervenus dans 9 400 dossiers d'allocataires et le suivi du traitement en urgence de 1 400 dossiers.

À Bourges, une expérience particulièrement intéressante est développée, en partenariat avec la CPAM, en vue d'assurer une véritable détection des droits à la CMU, évoquée par ailleurs dans ce rapport.

### **Un bon exemple d'une information ciblée est fourni par la collaboration entre les CPAM et l'administration pénitentiaire**

Dans certains départements, une collaboration s'est instaurée entre le ministère de la Justice – et notamment l'administration pénitentiaire – et diverses institutions sociales. Elle a pour objet, en particulier, de limiter les risques de récidive des détenus libérés, particulièrement importants, d'après les données observées, dans les quinze jours suivant la libération.

Depuis janvier 1994, la CPAM de Lille participe notamment tous les deux mois aux « journées de préparation à la sortie » de la maison d'arrêt de Loos. Ce dispositif, qui réunit une vingtaine de partenaires du monde institutionnel et associatif (CAF, CPAM, ASSEDIC, missions locales, CCAS...), a pour mission d'informer les futurs libérables de leurs droits sociaux à leur sortie de prison. L'intervention de la CPAM consiste à préciser la couverture sociale des détenus et de leur famille, le cas échéant les possibilités d'accès aux soins par

<sup>6</sup> Association girondine d'éducation spécialisée et de prévention sociale.

rapport à leur situation sanitaire (état dentaire, notamment), grâce aux dispositifs d'action sociale et désormais à la CMU. Les journées se déroulent en deux temps : réunion collective le matin ; entretiens individuels avec les détenus dans le parloir de l'établissement, l'après-midi. Des rendez-vous sont pris, parfois à la sortie, pour régulariser ou apporter des solutions à des situations particulières.

Dans le Val-de-Marne, où est située la prison centrale de Fresnes, la caisse primaire a également mis en place une coopération avec la direction de l'établissement pénitentiaire. Des dépliants sont notamment remis aux prisonniers libérables ; ils comportent un formulaire de demande de rendez-vous avec un agent nommément désigné, afin de mettre à jour leurs droits à la sécurité sociale dès leur libération.

## Un usager mieux accueilli

L'accueil des usagers est la véritable vitrine du service public. Lorsque des critiques lui sont adressées, elles visent d'ailleurs souvent le mauvais accueil, désagréable, peu confortable, lent.

Dans les organismes de protection sociale, la branche vieillesse a fait des efforts notables pour développer un accueil de proximité. C'est ce type d'accueil, essentiel pour les publics spécifiques constitués par les bénéficiaires d'allocations de parents isolés, que commencent à développer les caisses d'allocations familiales.

### En matière de retraite, faciliter les démarches relève d'efforts récents, mais réels

#### Les organismes essaient de promouvoir un contact rapide et efficace avec l'usager

L'usager dispose de quatre modalités différentes pour entrer en contact avec les organismes de retraite : le face à face avec un agent de la caisse – accueil au guichet, visite à domicile -, la relation téléphonique, le courrier, les nouvelles technologies.

- **Le face à face entre l'usager et l'agent de l'organisme**

L'objectif de « proximité » de la Caisse nationale d'assurance vieillesse - axe fort de sa stratégie - porte moins sur la densité que sur l'optimisation des points de contact, qui comprend deux volets : la qualité de la répartition des points d'accueil et l'extension des services qui y sont rendus.

Les avantages attendus d'un contact personnel sont multiples : l'agent traite le dossier plus vite et mieux face à l'utilisateur. Une culture « client-fournisseur » tend à se développer au sein des équipes, l'utilisateur étant rassuré d'avoir un contact direct avec la caisse, notamment s'il a des documents à retirer ou à remettre, il peut évoquer sa situation plus facilement que par écrit ou téléphone, si ces modes de communication lui sont peu familiers.

Ces avantages paraissent pallier les inconvénients dus au temps de déplacement et d'attente de l'utilisateur. Les caisses arguent du fait que le passage à la retraite est un moment unique, concerne des personnes majoritairement inactives, donc disponibles pour ce type de démarches, et qu'au demeurant la politique de rendez-vous limite progressivement les inconvénients du déplacement. Les assurés de l'ARRCO bénéficient, en parallèle, du réseau de l'institution à laquelle ils sont affiliés et d'un réseau commun à toutes les caisses, mis en place à partir de 1971-1972 : celui des centres d'information et de coordination de l'action sociale, au nombre d'un par département. La création de ces centres était motivée par la multiplicité des réglementations des régimes ARRCO et le souci d'assurer une couverture géographique minimale. Les assurés de l'AGIRC disposent pour leur part et traditionnellement du réseau mis en place par leur institution<sup>7</sup>. Dans un contexte différent - public globalement moins fragilisé, réglementation unique depuis l'origine -, les caisses AGIRC n'ont pas particulièrement privilégié la relation de proximité, faisant passer la qualité des relations par d'autres modalités (écrit, téléphone). Néanmoins, depuis octobre 2000, les CICAS peuvent recueillir les demandes des cadres pour la retraite de l'AGIRC. De façon plus conjoncturelle, pour les caisses ARRCO et les CICAS visités, l'enjeu a été de maintenir un accueil satisfaisant face aux perturbations créées par la mise en place du régime unique et la fusion des institutions.

Les constats de la mission la conduisent à formuler trois types de remarques sur ces réseaux : leur densité est stabilisée, le service rendu tend à être plus complet, les conditions matérielles s'améliorent.

– Les réseaux de points d'accueil du régime général et des régimes complémentaires sont composés de points d'accueil permanents, avec des équipes au moins en partie sédentaires, et des points d'accueil temporaires avec des agents itinérants. *In fine*, les politiques menées par les institutions consistent aujourd'hui à conforter le nombre de points fixes en y offrant aux assurés un service élargi et à optimiser le réseau de « permanences ». Les caisses régionales d'assurance maladie, gestionnaires de l'assurance vieillesse du régime général comme celles de Lille et Dijon, qui ont une politique d'implantation territoriale

<sup>7</sup> Le nombre de points d'accueil de chaque caisse AGIRC est d'une ampleur très variable. L'accueil de la CAVCIC est exercé au siège par un agent équivalent temps plein, ainsi qu'auprès de ses trois autres implantations géographiques (Paris, Rouen, Roubaix) ; en revanche, la CNRBTPIC dispose des 300 points de contact du réseau PRO-BTP.

ambitieuse datant des années 80, ne prévoient plus d'extension<sup>8</sup> mais des retouches et des ajustements en fonction de la fréquentation<sup>9</sup>. Les régimes complémentaires n'ont pas non plus d'ambition de densification territoriale. Au contraire, les CICAS ont resserré leurs moyens à Paris. Ils sont actuellement quatre-vingt-quatorze en province, plus cinq à Paris au lieu de vingt précédemment. En outre, les caisses visitées n'avaient pas de projet d'extension, les fusions d'institutions intervenues depuis quelques années ayant permis d'élargir l'offre de service sans ouverture supplémentaire<sup>10</sup>.

– Dans le régime général, trois types de structures offrent des possibilités de contact avec l'utilisateur : le siège, les « agences » ou antennes, - ouvertes tous les jours -, les points accueil retraite ou permanences, - ouvertes selon des périodicités variables -. L'évolution majeure des vingt dernières années a été le développement des agences, de niveau départemental ou infra-départemental.

L'objectif, en créant des agences, est d'offrir un meilleur service à l'utilisateur, notamment en terme d'amplitude horaire, puisqu'il s'agit de points d'accueil permanent et d'équipements (locaux, informatique). Toutefois, le contenu du service varie en fonction de l'organisation de chaque caisse, le terme d'agence et les fonctions assurées par chacun des niveaux pouvant recouvrir des réalités très différentes.

À la caisse régionale d'assurance maladie de Lille, le siège ne traite directement que les dossiers nécessitant une technicité particulière : contentieux, gestion des résidents à l'étranger, rachats, allocation veuvage. La caisse a largement déconcentré son activité au sein de vingt-six agences ou centres d'information et de traitement des retraites (CITR) qui regroupent 65 % des personnels du secteur « retraite », à raison de quatre à douze agents par site. De ces agences dépendent plus de 500 points accueil retraite<sup>11</sup>. L'utilisateur est pris en charge, du début à la fin du processus de passage à la retraite, par un seul et même agent, chargé de tous les aspects du dossier : accueil, liquidation. Comme le contrôle est également décentralisé, le dossier est intégralement traité au CITR.

<sup>8</sup> De 1 722 fin 1974, le nombre de points d'accueil était passé à 2 349 fin 1981, chiffre considéré comme satisfaisant par toutes les caisses. Fin 1998, il était au même niveau qu'en 1981, soit 2343, et 2372 au 31 décembre 1999. Le nombre optimal ne va pas de soi, car la « proximité géographique » est une donnée très relative, qui peut être mesurée en kilomètres, mais aussi en temps de transport, collectif ou individuel... Les différentes caisses ont d'ailleurs décliné l'engagement retraite par un kilométrage différent selon les caractéristiques de leur circonscription (maximum de 20 kms pour la caisse régionale d'assurance maladie de Lille, 30 kms pour Dijon).

<sup>9</sup> La caisse régionale d'assurance maladie de Dijon, dont la circonscription est vaste mais peu densément peuplée, a vérifié durant l'été 2000 si la fréquentation de chaque point d'accueil correspondait au critère de huit à dix assurés par demi-journée. Dans le cas de fermetures, un forum-retraite pourrait être organisé en collaboration avec les partenaires, ou une permanence ponctuelle sur rendez-vous.

<sup>10</sup> Ainsi, la structure régionalisée de l'ancienne CNRO (ouvriers du bâtiment) sert désormais à toutes les caisses du groupe PRO-BTP puisque les moyens de gestion sont communs.

<sup>11</sup> Les PAR de la caisse régionale d'assurance maladie de Lille constituent environ 22 % des PAR métropolitains, pour un « poids » de la caisse en termes d'attributions de droits propres inférieur à 10 %. Ce chiffre illustre le maillage très serré des points de contact, très nettement au-dessus du niveau « moyen » des caisses régionales d'assurance maladie.

À la caisse régionale d'assurance maladie de Dijon, seul le siège procède à toutes les phases du passage à la retraite. Les quatorze agences (ou antennes) de la caisse régionale d'assurance maladie de Dijon accueillent 70 % des visiteurs et les permanences 30 %. Ces structures ont des compétences plus limitées que celles de Lille - remise des relevés de carrière, reconstitutions de carrière, enregistrement des demandes de retraite - et ne procèdent pas aux liquidations<sup>12</sup>. Les liquidateurs, comme le service contrôle, sont restés au siège. Le rôle des agences et des points d'accueil retraite de la caisse régionale d'assurance maladie de Dijon est comparable à celui des CICAS, qui constituent, avec leurs permanences, un service de proximité commun à l'ensemble des caisses ARRCO. En outre, chaque institution ARRCO est susceptible de disposer de son propre réseau. Les CICAS ont vocation à faciliter les démarches pour les assurés de leur circonscription : accueil, informations générales, préparation du dossier de demande de retraite avec la reconstitution complète de la carrière, réunion des justificatifs, transmission de la demande à la caisse compétente, évaluation du montant. Le réseau des permanences est d'une densité variable : ainsi, le CICAS de Lille - le plus gros de France - compte plus d'une cinquantaine de lieux d'accueil dans le département du Nord, cinq en Belgique ; à l'inverse, le Jura ou la Charente comptent moins de dix lieux de permanences.

Dans les deux groupes visités - Vauban et PRO-BTP - le rôle de l'accueil physique consiste à donner des informations générales, fournir les formulaires, recevoir les dossiers. Les agents d'accueil sont chargés de la retraite et/ou de la prévoyance. Les assurés ne rencontrent pas les agents chargés de leur dossier : le contact s'établit par téléphone et par courrier.

Comme les caisses régionales d'assurance maladie, les CICAS assurent des permanences dans des locaux mis à leur disposition par différentes structures (caisse primaire d'assurance maladie, mairies, centres d'action sociale...). Les permanences conservent un rôle important, notamment dans les zones mal desservies par les transports (30 % des visites pour la caisse régionale d'assurance maladie de Dijon). Le service rendu varie néanmoins selon l'organisation et l'équipement informatique (micro-ordinateur, imprimante), l'équipement systématique n'étant pas achevé.

Au total, le rôle des lieux de contact avec l'utilisateur, dans tous les régimes apparaît donc essentiel : en moyenne, 58 % des dossiers de retraite ARRCO transitent par les CICAS<sup>13</sup>. Au régime général, le pourcentage des premières demandes de droits propres déposées à l'accueil était de 81 % en 1999, atteignant même 90 % dans la circonscription de Lille, et 85 % à Dijon. Les résultats pour les droits dérivés étaient presque aussi satisfaisants : 69 % au niveau national en 1999, 88 % à la caisse régionale d'assurance maladie de Lille, 77 %

<sup>12</sup> À terme, les agences procéderont à la liquidation après livraison du lot du schéma directeur relatif à l'OMRF.

<sup>13</sup> Ce taux peut varier fortement selon les caisses, sans doute en fonction de la densité de leur propre réseau et des caractéristiques de leur clientèle : 56 % des dossiers reçus par la CIRRIC venaient ainsi du CICAS mais seulement 38 % à PRO-BTP.

à Dijon. La pertinence de ces indicateurs est cependant à relativiser au regard du service rendu : ils reflètent certes l'implantation territoriale des organismes, mais les fonctions dévolues aux agents d'accueil peuvent être très hétérogènes.

– Les conditions de l'accueil s'améliorent globalement, même si des progrès peuvent encore être réalisés.

L'accueil sur rendez-vous offre des avantages pour l'assuré et l'agent d'accueil. Informé par téléphone, au moment de la prise de rendez-vous, des documents qu'il doit apporter, l'assuré économise une visite. L'agent d'accueil pour sa part peut préparer les documents qui lui seront utiles, par exemple, une extraction de fichier si le rendez-vous est dans une permanence. Selon une enquête de la caisse régionale d'assurance maladie de Lille, les assurés sont satisfaits à 98,2 % du rendez-vous. Encore marginal par rapport au total des visites, ce type d'accueil est en progression rapide : au régime général, 369 000 visites sont comptabilisées en 1999, soit une hausse de 32 % par rapport à 1998 ; l'accueil sur rendez-vous représente déjà environ 75 % des vacations des personnels du CICAS de Lille dans les permanences.

La possibilité d'être reçu sans rendez-vous, également appréciée des usagers, est généralement maintenue en parallèle dans les organismes.

Les visites à domicile permettent d'aller au-devant de certains usagers, notamment ceux ayant une faible mobilité. Cette modalité de contact avec l'usager est cependant d'utilisation assez limitée car elle est coûteuse. Elle est largement développée à la caisse régionale d'assurance maladie de Lille<sup>14</sup>, ce qui permet son organisation générale : densité du réseau, polyvalence des agents, gestion des assurés par portefeuille géographique.

Le confort matériel a également été un axe d'amélioration, surtout dans les locaux dont les caisses sont directement propriétaires ou locataires. Ainsi, la caisse régionale d'assurance maladie de Dijon a normalisé toutes ses antennes : signalétique, organisation des espaces, qualité et ergonomie de l'équipement... Elle a étendu la démarche en mettant au point avec les CICAS de sa circonscription une « charte de qualité » des points d'accueil, relative aux critères des locaux mis à leur disposition : accessibilité, confort, équipement - prises électrique et téléphonique. Sur un plan général, en effet, l'enquête de satisfaction 1999 de la caisse nationale d'assurance vieillesse montre que le confort des PAR, mis à disposition des caisses régionales d'assurance maladie et également des CICAS recueille un taux relativement élevé d'usagers insatisfaits. S'agissant des locaux visités par la mission, ils présentaient des conditions bonnes (Lille) ou correctes (CICAS de Paris, s'agissant il est vrai d'une installation provisoire). En outre, l'accueil dans des box ou des bureaux fermés, qui garantit

<sup>14</sup> La caisse régionale d'assurance maladie de Lille effectue une centaine de visites à domicile par mois au 1<sup>er</sup> semestre 2000, soit un quart de l'ensemble de ce type de visites sur le territoire métropolitain.

la confidentialité et qui est très apprécié des usagers, est privilégié par tous les organismes visités.

#### ▪ **La relation téléphonique**

Dans des caisses qui ont faiblement développé l'accueil physique<sup>15</sup>, la relation téléphonique est prépondérante. Au sein du régime général, c'est un mode de contact appelé à se développer, soit comme complément du rendez-vous, soit comme alternative pour les 15 % d'assurés - indépendamment de ceux résidant à l'étranger -, qui ne se rendent jamais dans un point d'accueil malgré les fortes incitations des caisses.

Différents modes d'organisation sont adoptés : réponse téléphonique par les liquidateurs de la CAVCIC à la caisse régionale d'assurance maladie de Dijon, ou *pool* spécifique à PRO-BTP. C'est un domaine que les institutions reconnaissent comme perfectible, les enquêtes de satisfaction ou les audits relevant des difficultés. Certaines caisses ont déclenché des « plans d'action » : charte téléphonique à la caisse régionale d'assurance maladie de Dijon et à la CIRRIC - identification immédiate de la personne répondant au téléphone, rapidité de la réponse, reformulation des demandes, etc. ; au centre de gestion PRO-BTP de Créteil, les personnels du *pool* peuvent, grâce à un bandeau lumineux, indiquant le nombre de lignes occupées et d'appels en instance, « perdre » le moins d'appels possible. Le schéma directeur de la branche vieillesse devrait permettre d'obtenir des statistiques plus précises sur le plan qualitatif.

#### ▪ **La relation écrite**

Avec la relation téléphonique, le contact épistolaire recueille généralement le taux d'insatisfaction le plus élevé.

Certes, les documents produits par les services de communication des organismes pour l'information générale des assurés sont le plus souvent de lecture aisée et de présentation agréable. À la caisse nationale d'assurance vieillesse d'Ile-de-France, la mise au point de la brochure sur le veuvage a été l'occasion d'une démarche innovante : un « panel » d'usagers a été associé à l'élaboration du document et a permis son amélioration, dans un esprit très voisin des expérimentations conduites par la caisse nationale d'allocations familiales pour la mise au point de ses nouveaux formulaires, en partenariat avec la commission pour les simplifications administratives. De même l'ARRCO, qui a réuni des retraités bénévoles du groupe Malakoff lors de la dernière refonte de ses imprimés de demande de retraite, a modifié sa maquette pour tenir compte des critiques émises.

<sup>15</sup> Ainsi, la CAVCIC comptabilise plus de 200 appels par jour pour une dizaine de visites.

En revanche, les courriers aux usagers sont encore perfectibles, tant sur la forme que sur le fond. Les documents produits par les caisses sont le plus souvent normalisés et régis par des formats-types qui peuvent, le cas échéant, être personnalisés. La normalisation a eu pour avantage l'harmonisation des informations délivrées, très perceptible notamment dans les régimes complémentaires, où se superposent plusieurs niveaux (fédération, groupe, caisse). En revanche, le risque de la normalisation est de générer une certaine passivité chez le technicien et de trop réduire la personnalisation des courriers : paramétrages par défaut, relances automatiques... De plus, elle peut conduire à l'utilisation d'outils informatiques réduisant les contrôles par le technicien avant l'envoi : c'est le cas de l'édition en différé et à distance. Dans certains cas, la lourdeur des procédures empêche l'adaptation rapide des contenus<sup>16</sup>. À l'évidence, les réflexions en cours dans la plupart des organismes peinent à trouver le juste équilibre entre une harmonisation extrême, notamment des notifications automatisées, et d'autres exigences, de lisibilité voire de fiabilité.

Enfin la présentation est encore parfois rébarbative, sur le plan notamment de la typographie. Il en est de même pour le vocabulaire de la retraite : certains courriers « techniques » sont parfois difficiles à comprendre. Des exemples rapportés à la mission montrent aussi que les usagers sont sensibles au caractère courtois et civil des courriers : expression des condoléances, formulation d'excuses en cas d'erreur... C'est un domaine qui reste largement à défricher et semble susciter des résistances<sup>17</sup>.

L'amélioration du courrier reste donc un chantier en cours ou à ouvrir : à la CNAV une commission nationale des imprimés constituée de différents services examine le contenu des courriers. À PRO-BTP, la direction des relations avec les adhérents est chargée du réexamen des courriers. La CIRRIC prévoit de réaliser un effort en la matière. À l'évidence, les organismes sociaux sont particulièrement concernés par l'objectif de clarifier le « langage administratif » réitéré lors du comité interministériel à la réforme de l'État en octobre 2000.

#### ▪ *Les nouveaux moyens de communication*

Si l'informatique est très présente dans les institutions de retraite, l'intérêt porté aux nouvelles technologies d'information et de communication comme outil d'information et de dialogue avec l'utilisateur est inégal et les possibilités encore sous-exploitées. À ce stade, internet sert essentiellement d'outil à l'égard des entreprises et de « vitrine » à l'égard des particuliers. La CNAV, l'ARRCO et l'AGIRC proposent sur leur site des informations générales et des listes des points de contact. Les institutions avancent lentement dans l'utilisation d'inter-

<sup>16</sup> Cas cité par la FAVEC de l'imprimé de demande de pension de réversion : selon la CNAV, la « cerfatisation » de cet imprimé empêche sa modification rapide, demandée par la FAVEC et justifiée.

<sup>17</sup> Étude ARP Consultants précitée : les personnels des caisses interrogés trouvaient les formulations suggérées par un panel d'usagers trop « sirupeuses ».

net, considérant qu'elle peut parfois nuire à la politique de proximité<sup>18</sup>. De fait, les études internationales effectuées dans des villes utilisant largement Internet démontrent que l'usage de cet outil ne se substitue pas aux contacts directs mais les renforce, bien au contraire (exemple de Parthenay, en France).

Quelques initiatives peuvent néanmoins être relevées dans ce domaine :

- la création d'un portail commun à différents régimes « Espacereetraite.fr », qui a été l'un des premiers chantiers de coopération entre le régime général et les régimes complémentaires<sup>19</sup>, d'ailleurs heureusement complété par la création du groupement d'intérêt public « Modernisation des données sociales » ou « Net-entreprises », qui associe l'État et l'ensemble des régimes sociaux, à destination des milieux professionnels ;
- le site de l'Observatoire des retraites<sup>20</sup> permet aux internautes de déposer des questions dans le cadre d'un forum, auxquelles l'équipe de l'Observatoire apporte le cas échéant les réponses appropriées ; les sujets évoqués sont très variés et vont des questions générales sur la retraite, aux problèmes rencontrés à titre personnel sur un aspect réglementaire ;
- le site développé par la caisse régionale d'assurance maladie de Basse-Normandie permet aux assurés de sa circonscription de demander un relevé de compte par internet<sup>21</sup>.

Les autres moyens de communication rapides (bornes interactives, Minitel) sont très peu exploités. Par ailleurs, le service « Retraitel2 », peu ergonomique et coûteux pour l'usager, semble voué à disparaître à terme. Enfin, il convient de rappeler que, dans le cadre de la politique de mise en ligne des formulaires, les usagers peuvent avoir accès à de multiples documents relatifs à la retraite sur divers sites, dont le portail « service public.fr » mis en œuvre à l'automne 2000.

### L'usager souhaite un contact personnalisé

Fondamentalement, l'usager souhaite voir sa situation personnelle bien prise en compte et ne pas répéter plusieurs fois les mêmes informations. Dans ces conditions, il apprécie de connaître le nom de ses interlocuteurs. L'opportunité pour un usager d'avoir un seul interlocuteur pendant toute la procédure apparaît

<sup>18</sup> Cf. procès-verbal du conseil d'administration de la CNAV du 6 juillet 2000 : les pouvoirs publics ont « demandé que soit mise en œuvre, en 1999, une procédure télématique d'obtention des imprimés nécessaires à la constitution d'un dossier de retraite. Il s'agit d'un objectif important et la CNAV s'y conformera malgré la contradiction avec la politique de proximité mise en place par la branche retraite qui conduit à privilégier le contact direct avec le futur retraité ».

<sup>19</sup> Créé par l'AGIRC, l'ARRCO et la CNAV, ce site bénéficie dorénavant de la participation de l'AVA-CANCAVA, la MSA, l'ORGANIC, la CNRACL, le FSPOEIE et l'IRCANTEC.

<sup>20</sup> L'Observatoire des retraites est une association créée par l'ARRCO et l'AGIRC en 1991 pour suivre les questions européennes, assurer la liaison avec les chercheurs et les universitaires, informer les médias et les décideurs.

<sup>21</sup> La caisse régionale d'assurance maladie de Lille dispose d'un site internet qui propose une présentation générale de l'organisme. En l'état actuel, le site ne constitue pas un outil pour les assurés pour leur démarche de passage à la retraite. Quant à la caisse régionale d'assurance maladie de Dijon, elle ne dispose pas de site.

en revanche assez faible. La personnalisation est plus ou moins favorisée selon les modes d'organisation, au niveau du régime et au sein des caisses (gestion par « portefeuille », plus ou moins grande polyvalence des agents). La caisse régionale d'assurance maladie de Lille constitue sans doute un des exemples les plus aboutis de la polyvalence : l'utilisateur a le même interlocuteur, nommément désigné, responsable de son dossier, sous tous ses aspects, pendant toute la procédure. Dans cette caisse, depuis 1997, les agents des services déconcentrés disposent de leur secteur géographique et d'un portefeuille d'assurés.

Dans le cas plus fréquent de séparation entre les fonctions d'accueil et de liquidation, une bonne articulation entre les services est indispensable pour assurer le suivi de l'utilisateur. À la CRAM de Dijon, le nom du liquidateur figure sur tous les courriers issus de la division retraite. Dans les caisses ARRCO, le régime unique a constitué une avancée importante pour l'utilisateur dans le sens où il n'a plus qu'une seule caisse comme interlocuteur, celle chargée de liquider son dossier. En revanche, au sein des caisses complémentaires visitées, la personnalisation a paru moins systématique.

L'organisation des permanences peut poser des problèmes spécifiques, en cas de faible fréquence ou de permanences « tournantes » exercées par plusieurs agents. Le suivi de l'utilisateur suppose une bonne articulation entre permanences et points d'accueil fixes ou entre agents chargés de la même permanence. Au CICAS de Lille, le problème est encore compliqué par le fait qu'il fonctionne en partie avec des vacataires mis à sa disposition par certaines caisses et n'assurant que l'accueil en permanence. À la caisse régionale d'assurance maladie de Dijon, pour minimiser les risques, la « tournée » des conseillers retraite itinérants - agents permanents de la caisse - est définie de façon annuelle, ce qui permet aux assurés de conserver le même interlocuteur lors de leurs visites successives. La synergie entre les équipes est favorisée par des contacts réguliers entre les agents de l'antenne fixe et les agents itinérants - qui sont au moins deux jours sur cinq en antenne -, et par des réunions mensuelles entre les antennes et le siège.

L'affectation dans les fonctions d'accueil peut poser des problèmes aux organismes. Un accueil de qualité suppose en effet à la fois des compétences techniques et des qualités relationnelles et pédagogiques. Les solutions adoptées varient selon les organismes : à la caisse régionale d'assurance maladie de Dijon, les conseillers retraite itinérants sont particulièrement qualifiés sur le plan technique ; dans le CICAS parisien visité, les personnels sont issus du secteur « Action sociale » du CICAS, et bénéficient de formations complémentaires sur les aspects techniques.

D'une manière générale, la qualité humaine de l'accueil est relevée dans toutes les enquêtes de satisfaction menées auprès des usagers par la CNAV et les CICAS.

## Le développement d'une politique de conseil

En amont du passage à la retraite, les usagers souhaitent connaître le montant de la pension qui leur sera servie en fonction de leur âge de départ en retraite, pour pouvoir choisir, le cas échéant, de façon optimale. La CAVCIC remarque ainsi une importante demande de ses assurés cadres, notamment en matière de préretraite progressive ou de cessation d'activité.

Sur le plan juridique, les caisses ne sont pas tenues à une obligation de conseil ; celles du régime général ont seulement un devoir d'information consistant à informer l'assuré de ses droits, au moins une fois avant l'âge de 59 ans.

Selon la teneur de la question, les caisses disposent d'une panoplie d'instruments dont la précision est variable. D'une manière générale, elles manifestent une certaine réserve tenant au risque juridique de voir engager leur responsabilité si elles ont induit un choix de l'intéressé fondé sur des informations erronées. Les risques de modification de la réglementation constituent également un frein, puisque les simulations reposent sur des hypothèses révisables. Les évaluations les plus précises sont donc réservées aux personnes proches de 60 ans.

- Le service de base consiste à informer l'utilisateur de ses droits enregistrés et des modalités générales de calcul de la retraite ; il prend la forme au régime général de l'envoi du relevé de carrière, et dans les régimes complémentaires, du relevé annuel de points ou d'un relevé de carrière, avec cumul. Ces actions procèdent cependant davantage de l'information que du conseil.
- Après 55 ans, les caisses peuvent offrir à l'utilisateur un service plus complet, en lui fournissant une estimation de sa future retraite. Une évaluation assez précise suppose d'avoir réalisé une reconstitution préalable de la carrière. Elle nécessite donc une pré-liquidation, c'est-à-dire un travail important, mais qui, en tout état de cause, devra être fait avant le passage à la retraite : procéder à une évaluation est estimé, par un CICAS, comme équivalent à une liquidation, sauf pour la fourniture de certaines pièces justificatives.

Par ailleurs, le régime général a adopté un objectif (interne) en matière de régularisations complètes du compte des assurés âgés de 55 à 59 ans. En outre, il s'est engagé vis-à-vis des assurés, à leur fournir une évaluation du montant de leur retraite dès 58 ans ; en 1999, 30 % de cette classe d'âge avait bénéficié de ce service, avec cependant de fortes disparités entre régions (14,5 % à Dijon, 50 % à Lille).

À l'ARRCO, l'évaluation consiste à indiquer à l'assuré le montant de sa future pension, compte tenu des points qu'il a acquis et de ceux qu'il est susceptible d'acquérir jusqu'à son départ en retraite. Elle correspond à une procédure prévue pour les assurés de plus de 57 ans ; l'ARRCO a accepté d'offrir ce service à partir de 55 ans, à la demande des entreprises. Les organismes estiment que la politique d'évaluation menée depuis environ cinq ans est positive : les as-

surés sont bien informés du moment auquel revenir pour formuler leur demande de liquidation de pension. Le dossier a été régularisé, ce qui facilite la reprise de l'instruction. Toutefois, sur directive de l'ARRCO, qui a mis un frein à ces démarches pendant la mise en place du régime unique, tant dans les caisses que dans les CICAS, les caisses procèdent à des évaluations « pré-liquidations » seulement à la demande expresse des assurés. Pendant cette période provisoire, deux types d'évaluation sont pratiqués : évaluations « en l'état », sur la base des seules informations détenues par la caisse sur l'assuré, sans recherche complémentaire auprès d'autres caisses ARRCO, et/ou évaluations « globales », sur la base d'éléments fournis par les autres caisses. Les caisses AGIRC peuvent fournir à l'assuré qui le souhaite une évaluation de sa future retraite : ainsi la CAVCIC propose des simulations à 60 ou 65 ans.

Au régime général comme dans les régimes complémentaires, la pré-liquidation est finalement un outil qui peut répondre à plusieurs objectifs : prévention de la perte de droits, lissage dans le temps de la charge de travail des caisses, conseil à l'usager. La pratique actuelle semble cependant rendre davantage compte de préoccupations internes que d'une démarche réelle de conseil : ainsi, au régime général, les assurés relevant du dispositif CNAV-UNEDIC, qui font l'objet d'évaluations systématiques, n'ont en réalité qu'une marge de manœuvre réduite, pour ne pas dire nulle, en ce qui concerne le choix d'une date de passage à la retraite. À l'ARRCO, le net ralentissement des pré-liquidations s'explique par des arbitrages de gestion interne. L'idée d'une évaluation globale de la pension, par le régime général et les régimes complémentaires, est actuellement évoquée ; elle répond incontestablement à une demande forte, sa mise en œuvre supposant toutefois certaines harmonisations (ciblage en terme d'âge, de population, de contenu, résolution des problèmes de gestion interne).

– Le troisième niveau consiste à fournir à l'usager plusieurs simulations du montant de la retraite, en fonction de l'âge de départ : l'AGIRC expérimente un logiciel destiné à effectuer, à la demande, des projections de retraite intégrant l'évolution des paramètres du régime décidée par les partenaires sociaux en 1996. La version actuelle est proposée aux cadres âgés d'au moins 40 ans, affiliés au régime pendant au moins cinq ans et qui ont un nombre de points au moins égal à 5 000.

Cependant, comme cela a été indiqué, les caisses font, de façon générale, preuve d'une certaine réticence à s'engager dans la voie du conseil, invoquant l'évolutivité de la réglementation, la complexité des simulations notamment. Le niveau d'un véritable conseil à l'usager, avec présentation de plusieurs simulations, des paramètres qu'il devrait prendre en compte pour fonder sa décision - revenus, enfants à charge, état de santé... - est donc loin d'être atteint.

## Les caisses d'allocations familiales tentent d'améliorer l'accueil des publics en difficulté

Les caisses d'allocations familiales ont dû faire face dans les dix dernières années, en particulier après l'instauration du RMI, à une forte augmentation du nombre d'allocataires, mais aussi de visiteurs à leurs guichets, ce dont attestent de nombreux rapports de contrôle et d'enquête réunis. Contrairement à la retraite, le versement d'allocations, notamment celles liées à l'isolement et/ou soumises à conditions de ressources, nécessite des fréquents ajustements, au stade de la liquidation. De plus, les familles en situation de précarité ont souvent besoin d'un accueil véritablement personnalisé, en particulier les bénéficiaires des minima sociaux versés par ces organismes.

Les études et analyses relatives au comportement des allocataires (à la CAF de Paris et à la CAF de Marseille notamment) indiquent que les familles monoparentales, souvent en situation de précarité, se rendent davantage aux points d'accueil que les autres familles. Elles ont besoin d'un dialogue direct, d'être rassurées sur leurs droits, sur l'avancement de leur dossier, parfois d'une aide à la compréhension d'un courrier reçu et expriment éventuellement un besoin financier urgent. Elles téléphonent avant de venir au guichet. Elles recourent peu à l'écrit, d'où l'importance d'une bonne prise en compte de ces populations à l'accueil, qu'il soit physique ou téléphonique.

La mission a examiné le fonctionnement de l'accueil, principalement au siège des caisses ou des centres de gestion pour Paris (trois centres), qui reçoivent les flux de population le plus important. Les progrès en efficacité constatés au siège trouvent leur prolongement dans le réseau d'accueil de proximité, le plus souvent en cours d'extension.

### L'accueil au siège est dans l'ensemble plus efficace

#### ■ *Des formes d'accessibilité diverses*

L'accessibilité du siège dépend de la localisation, le plus souvent au cœur de la zone urbaine mais avec parking en province, soit dans un quartier du centre ville, soit dans des quartiers plus excentrés. Dans le premier cas, l'avantage de la proximité est balancé parfois par une circulation plus difficile, comme à Rouen. Dans le deuxième cas, une localisation plus excentrique peut permettre de desservir des quartiers moins favorisés comme à Marseille, une installation plus au large, comme dans la Gironde, mais avec les inconvénients liés à l'accès par les transports en commun.

Les sites principaux d'accueil visités sont suffisamment spacieux et convenablement aménagés pour permettre aux allocataires d'attendre assis, hors accueil rapide. La caisse d'Arras fait exception en raison de l'insuffisance des surfaces qui interdit d'augmenter le nombre de sièges installés. Plutôt que

d'aménager un deuxième local d'accueil, la caisse envisage une extension sur place par déménagement d'un autre service situé au même niveau. Quant à la caisse de la Réunion, son mode d'organisation fondé sur une polyvalence poussée, permet de faire l'économie d'une salle d'attente. Les allocataires sont adressés directement au box du technicien conseil en charge de leur dossier, devant lequel ils attendent debout, si un autre allocataire les a précédés (temps d'attente moyen estimé à deux ou trois minutes).

L'agencement des locaux date généralement des dernières années et reflète l'évolution des méthodes d'accueil, qui visent à augmenter l'efficacité et réduire les temps d'attente par une segmentation de l'accueil. On note, le plus généralement, un faible effort de personnalisation, malgré les recommandations nationales, et une tendance à maintenir une séparation au niveau des guichets, comme à la caisse de Marseille où des raisons d'hygiène et de sécurité sont invoquées pour l'utilisation d'hygiaphones.

#### ▪ *Des modes d'organisation qui tendent à se rapprocher*

Le mode d'organisation le plus répandu est le suivant :

- un pré-accueil et orientation soit à un guichet, soit par un agent à l'entrée, fréquemment recruté sur un emploi jeune ; l'allocataire peut déposer ses courriers dans une boîte à lettre ou interroger une borne interactive qui, après qu'il aura introduit son mot de passe, l'informera sur l'état de ses droits ; le plus souvent, s'il doit attendre, l'allocataire prend un ticket avec numéro d'ordre. Certaines caisses recourent aux services d'un écrivain public (emploi jeune, aussi, dans la plupart des cas) pour aider les nombreux allocataires qui sont incapables de constituer correctement un dossier ;
- un accueil rapide pour traiter les dossiers simples, ce qui ne doit pas prendre plus de quelques minutes ;
- un accueil en box, assis, pour les dossiers complexes. Au nombre de ceux-ci, les dossiers de demande d'API qui supposent de fournir les éléments pertinents sur l'enfant, les ressources, l'absence de vie maritale. La CAF de Paris expérimente un guide d'entretien systématique à l'accueil à l'occasion du dépôt d'un dossier de ce type. Cette démarche paraît susceptible aussi bien d'accélérer l'ouverture et la liquidation du droit que d'aider à prévenir d'éventuelles dissimulations ou actes de fraude ;
- en outre un accueil spécialisé peut exister pour des prestations particulièrement complexes comme l'ASFR et le recouvrement des pensions alimentaires, comme à la CAF des Bouches-du-Rhône, par exemple.

Ce mode d'organisation le plus répandu autorise un fonctionnement de l'accueil social sur les mêmes sites principaux d'accueil administratif avec des degrés divers dans la proximité et la coordination :

- salles d'attente communes ou non ;
- horaires plus ou moins identiques ;

- possibilité d'accueil social immédiat d'un allocataire reçu en gestion technique ;
- fiches de liaison entre les deux secteurs ;
- réunions de coordination entre les agents administratifs et les travailleurs sociaux.

La CAF de Paris a élaboré en 1995 une charte de l'accueil social dans les centres de gestion, qui comporte notamment une liste d'indicateurs des situations à risques. Au nombre de ces indicateurs figure l'ASF à propos de laquelle il est rappelé qu'en moyenne, une famille monoparentale sur trois reçues au guichet ignore son existence ou refuse d'entamer la procédure nécessaire pour des raisons parfois complexes. La suspension de paiement de L'API, suite à des retards apportés aux déclarations trimestrielles de revenus est également recensée comme un indicateur devant inciter à une vigilance particulière. En effet, souvent, à l'origine de ces situations se trouvent des personnes marginalisées, dans l'incapacité morale ou culturelle de remplir et fournir tout document dans le temps requis.

Les personnels présentent deux types de profils : les agents affectés à l'accueil sont le plus souvent composés en partie de personnels spécialisés dans l'accueil, en partie de techniciens conseils, soit volontaires, soit désignés pour assurer l'accueil par roulement. La proportion de ces derniers a tendance à croître. Les avantages de cette polyvalence fonctionnelle sont nombreux. L'allocataire dispose d'un interlocuteur au fait de ses droits, le technicien a ainsi une expérience de contact direct avec l'allocataire et la globalité de ses problèmes, la caisse se donne un élément de souplesse pour faire face à la variabilité des flux de personnes qui se présentent aux guichets.

Les horaires et les temps d'attente sont très variables : l'amplitude des horaires est très diverse, reflet des habitudes locales, sans qu'il soit toujours aisé de déterminer le poids respectif des considérations relatives aux usagers et des revendications des syndicats de personnels. D'un côté, la caisse de Rouen assure l'accueil 45 heures par semaine, celle d'Arras en est à 41 heures et demi de temps d'ouverture hebdomadaire et a pris l'initiative de prolonger l'accueil jusqu'à 19 heures le mercredi ; de l'autre, la caisse des Bouches-du-Rhône n'est ouverte que 28 heures par semaine sur quatre jours. Elle envisage la réouverture de l'accueil le mercredi matin après l'avoir supprimé toute la journée, au motif d'insuffisance de personnels. Cette hétérogénéité qui pourrait recevoir des solutions dans le cadre de réorganisations futures liées aux 35 heures, reste néanmoins un sujet d'interrogation.

Les temps d'attente moyens varient selon les caisses et dans la même caisse en fonction du calendrier des prestations, de deux ou trois minutes à plus d'une heure. Malgré les progrès réalisés, les caisses les plus importantes comme celles de Paris et des Bouches-du-Rhône sont encore très éloignées de l'objectif institutionnel soit 90 % des usagers reçus en moins de 30 minutes. En 1999, à la CAF des Bouches-du-Rhône, ce pourcentage était de 49 % ; il serait toutefois passé au-dessus de 80 % entre janvier et octobre 2000 d'après les statistiques les

plus récentes de la caisse. À la CAF de Paris, en décembre 1999, le temps moyen d'attente était encore respectivement de 38 minutes, de 1 h 32 et de 1 h 08 dans les premier, deuxième et troisième centres de gestion.

L'apport de l'informatique est de plus en plus indispensable : l'utilisation d'un logiciel de gestion de l'accueil comme « Sirius » est, sauf pour les petites caisses (Elbeuf), une nécessité pour maîtriser les flux et gérer les files d'attente dans de bonnes conditions. Ses fonctionnalités sont les suivantes : il informe sur le temps d'attente, le nombre de personnes qui attendent, la durée des entretiens ; il fournit les statistiques sur le nombre, les motifs des visites et les suites données. C'est donc un outil d'aide à l'affectation des moyens et d'amélioration qualitative de l'accueil. La mise en œuvre de ce type de logiciel en est à des stades divers selon les caisses, en fonction de l'ancienneté de l'installation et du nombre de sites concernés en plus du siège. Ainsi la caisse de Rouen a été une des premières à mettre en œuvre la dernière version en 1998 ; la CAF des Bouches-du-Rhône poursuit un programme de montée en charge sur ses sites principaux en 2000 et 2001. Par ailleurs, la CAF de Paris n'affiche pas les temps d'attente alors qu'elle a les moyens techniques de le faire.

L'extension du réseau d'accueil de proximité doit également permettre l'élargissement des services rendus : la délocalisation des moyens administratifs sur plusieurs sites, permettant de prendre en charge de façon globale les problèmes des allocataires dans des unités de taille plus réduite, et plus proches d'eux, est une nécessité, dans les caisses les plus importantes. C'est la voie suivie par les CAF de Paris, des Bouches-du-Rhône, de la Gironde, de la Réunion.

Ainsi la CAF des Bouches-du-Rhône dispose d'un réseau d'accueil complet de seize sites incluant quatorze maisons sociales, permettant d'organiser simultanément, si nécessaire, une prise en charge sociale des problèmes. Bien entendu, cela suppose que la qualité des locaux soit en rapport avec les ambitions d'amélioration de l'accueil, ce qui n'est pas encore le cas sur tous les sites, notamment des caisses les plus importantes, comme l'a relevé la Cour des Comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2000.

La CAF de la Gironde actuellement dispose de trois points relais où sont reçus et traités d'une manière globale les allocataires relevant d'un territoire défini pour l'examen de leurs droits légaux ou en matière d'action sociale. Les dossiers peuvent être traités pendant l'accueil des allocataires et les informations fournies saisies directement dans le système « Cristal ». Les temps d'attente dans ces points relais sont de l'ordre de dix minutes en moyenne, soit une performance meilleure qu'au siège.

**■ Un effort particulier est réalisé vers les populations en difficulté. Diverses démarches récentes des caisses visent à mieux les prendre en compte**

La CAF des Bouches-du-Rhône, en application d'une convention « politique de la ville » avec la préfecture, anime seize points d'accueil supplémentaires dans les quartiers défavorisés de l'agglomération marseillaise.

La CAF de Paris a commencé en 1997 la mise en œuvre d'une politique d'ouverture de guichets avancés (quatre sont actuellement ouverts), implantés dans les centres sociaux de la caisse, situés dans les arrondissements du nord et de l'est de Paris, en vue d'offrir un meilleur service par un accueil de proximité et une réponse globale aux questions. Il s'avère que la population touchée est largement nouvelle et qu'elle ne venait pas jusqu'à présent aux guichets des centres de gestion. Par ailleurs une possibilité d'accueil sur rendez-vous est ouverte aux allocataires exerçant une activité professionnelle ou handicapés. Cette possibilité pourrait être élargie, notamment à l'occasion de l'ouverture d'un droit à une prestation comme l'API.

La CAF de la Réunion a mis en place un accueil spécifique assuré par un agent qui gère les dossiers d'une centaine d'allocataires en grande difficulté.

La modernisation de l'équipement des caisses ouvre de nouvelles possibilités d'amélioration des services rendus aux allocataires :

- plusieurs caisses utilisent déjà ou utiliseront, dans un proche avenir, des micro-ordinateurs dans les permanences administratives, qui permettent aux agents d'effectuer diverses opérations en se connectant avec le système central et donc d'aller au-delà des simples informations sur les droits ; ainsi, par exemple, en connectant l'ordinateur à une imprimante portable est-il possible d'éditer des attestations de droit ;
- la mise en place du suivi électronique des pièces permet à un technicien conseil d'afficher instantanément à l'écran la pièce désirée lui permettant de répondre dans de meilleures conditions, en temps réel à un allocataire venu au guichet. Ainsi la CAF de la Réunion a mis en place depuis 1994 une application de cette nature.

L'accueil téléphonique s'est accru et diversifié mais, malgré les efforts fournis et le renouvellement des outils, il demeure trop souvent insuffisant, surtout dans les caisses les plus importantes.

### **Le volume de l'accueil téléphonique s'est accru et diversifié avec la montée de la télématique**

#### **▪ Les statistiques d'appels**

Les statistiques fournies par les caisses, notamment dans leurs rapports d'activité, ne sont pas homogènes d'une caisse à l'autre et les modes de comptabilisation induisent nécessairement quelques biais d'interprétation. Les appels reçus au standard peuvent inclure à la fois les appels traités par les techniciens et les interrogations du serveur vocal. Globalement, le volume des appels reçus a eu tendance, le plus souvent, comme pour l'accueil physique, à croître ces dernières années. Ainsi la CAF d'Arras a connu une progression de 18 % sur la seule année 1999, avec un total de communications reçues de 810 000.

Entre 1989 et 1999, la CAF des Bouches-du-Rhône a vu passer le nombre des appels téléphoniques reçus par les techniciens de 226 000 à 327 000, soit une progression de 45 %. Cette progression s'est poursuivie à un rythme accéléré en l'an 2000, suite à l'installation d'un nouvel autocommutateur. La CAF de la Réunion a, cependant, constaté une baisse de 10,5 %, avec un total de 734 000 communications reçues, succédant à trois années de progression, soit pour cette dernière caisse, une moyenne de quatre appels par allocataire à comparer à une moyenne nationale de 4,8 en 1998.

#### ▪ *Le rôle des serveurs vocaux*

Le rôle des serveurs vocaux s'est affirmé, davantage que celui du minitel qui continue néanmoins à être utilisé. Le serveur vocal ALLOCAF est présent dans toutes les caisses, accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les allocataires qui s'identifient avec leur numéro matricule et un mot de passe, peuvent obtenir un ensemble d'informations sur l'état de leurs droits, les derniers paiements et des informations pratiques sur la caisse. Il permet également de demander une attestation de droit qui est envoyée dans les jours suivants par la poste. À Paris où il est installé depuis 1994, il reçoit en moyenne 1 500 appels par jour, avec des pointes de 2000 en fin de mois. Il est de même très utilisé dans les Bouches-du-Rhône où en 1999 le nombre des appels traités par ce moyen, soit 347 000, a dépassé le nombre des appels téléphoniques reçus au standard, soit 327 000. Il connaît un franc succès à la CAF de la Réunion, avec 420 954 connexions enregistrées en 1999.

#### ▪ *Le minitel et l'internet*

Les mêmes caisses offrent une liaison par minitel qui fournit des informations à caractère général, des possibilités de simulation des droits, de demande d'envoi de formulaires et même la possibilité de poser des questions sur son dossier auquel il est répondu ultérieurement. Ce mode de communication est utilisé à une échelle plus faible que le serveur vocal : en 1999, 79 000 connexions pour 347 000 appels à la CAF des Bouches-du-Rhône, 71 000 connexions pour 642 000 appels à la CAF d'Arras, 28 000 connexions pour 158 000 appels à la CAF de Rouen. Les premières expériences de téléprocédures en matière d'ouverture des droits à l'allocation de logement étudiant sont encourageantes et ce nouveau moyen est bien entendu appelé à se développer, notamment à la suite de l'attribution à la CNAF du label « administration 2000 » par le ministre de la Fonction publique et de la Réforme de l'État, en janvier 2001.

#### ▪ *Malgré les efforts fournis, l'accueil téléphonique demeure globalement insuffisant, surtout dans les caisses les plus importantes*

Des efforts divers au niveau des moyens et/ou de l'organisation ont le plus souvent été effectués dans les dernières années, avec des résultats inégaux.

Deux caisses moyennes comme celle d'Arras, où le volume d'appels est important, et celle de Rouen, semblent obtenir des résultats honorables, voire satisfaisants pour la dernière :

- la CAF d'Arras, engagée dans une démarche contractuelle avec France Télécom, obtient entre novembre 1999 et juin 2000, un taux moyen mensuel d'efficacité de 85 %, supérieur à l'objectif national ; ce sont les techniciens conseils qui passent à tour de rôle à l'accueil téléphonique, organisé en *pool* ;
- la CAF de Rouen a renforcé le *pool* de l'accueil téléphonique par le recrutement en 1998 de cinq emplois jeunes et l'installation d'un nouvel auto-commutateur en 1999. Le système prévoit le basculement du *pool* vers les unités de travail en cas de nécessité. Le taux d'efficacité a atteint 93,1 % en décembre 1999, avec 80 % de réponses aux allocataires en moins de cinq secondes ;
- toutefois, les statistiques dont disposent la plupart des caisses ne donnent souvent qu'une image incomplète de la réalité, qui devrait être évaluée en termes d'appels non aboutis, de taux de rappel, de temps d'attente.

L'amplitude des horaires de réponse téléphonique n'est pas toujours proportionnelle à l'importance de la caisse. Elle varie de 15 heures, dans une petite caisse comme Elbeuf, à 45 heures par semaine à Rouen, depuis l'installation du nouvel auto-commutateur en 1999. Les caisses les plus importantes comme celle de Paris ou celle de la Gironde sont joignables 35 heures, de 9 heures à 16 heures du lundi au vendredi, mais celle des Bouches-du-Rhône ne l'est que 25 heures. Enfin, l'accueil téléphonique de la CAF de la Réunion fonctionne 20 heures par semaine, soit de 8 à 12 heures du lundi au vendredi, il est vrai dans un contexte très spécifique.

### **Trois caisses ont engagé des politiques spécifiques d'amélioration de l'accueil téléphonique qui demeurent encore très en deçà des besoins**

La CAF de la Gironde, qui, comme de nombreux autres organismes, avait dû réduire les effectifs de l'accueil téléphonique en 1999 en raison des charges liées à la mise en œuvre de « Cristal », a pu les augmenter en 2000. Depuis septembre, ce sont quinze techniciens conseils qui sont affectés de 9 heures à 16 heures à l'accueil des allocataires. Des accueils spécialisés concernent des prestations spécifiques comme le RMI, le recouvrement des créances, et les relations avec les partenaires institutionnels. Par ailleurs, la caisse a engagé une étude afin d'améliorer la gestion des flux téléphoniques et de se doter des outils de pilotage adaptés à une gestion quantitative et qualitative de ses accueils téléphoniques. De l'avis même des responsables, confirmé par les utilisateurs, le service aux allocataires était insuffisant dans ce domaine.

L'installation d'un nouvel auto-commutateur en mars 2000 est l'occasion pour la CAF des Bouches-du-Rhône de redéfinir son organisation « et d'innover dans un domaine où il convient toutefois de rester prudent ». En effet comme l'ex-

priment les responsables dans un document du conseil d'administration daté du 13 décembre 1999, « *la demande locale multiforme, vraisemblablement exponentielle, est peu connue et nécessite une montée en charge progressive et maîtrisée de notre nouvelle réponse téléphonique sous peine de remettre en cause l'équilibre déjà fragile de l'ensemble de la production* ». La fin de l'installation de « Cristal » qui, à Marseille comme dans l'ensemble de la branche, a mobilisé d'importants moyens humains, a permis d'affecter simultanément dix-huit agents, dont un technicien conseil de chacun des quatorze districts pour assurer la réponse au téléphone avec éventuel rappel de l'allocataire sous 48 heures maximum pour les questions les plus complexes. L'objectif est de faire passer le taux de réponse de 50 % à 70 %. Dans un deuxième temps, la caisse envisage l'entrée par un numéro unique, un premier traitement par le serveur pour les questions générales, puis un traitement mutualisé au sein d'une plate-forme inter districts. Les questions les plus complexes seraient basculées sur les districts pour une réponse approfondie personnalisée en différé (5 à 10 % des appels).

L'accueil téléphonique à la CAF de Paris repose à la fois sur le serveur vocal et sur un système de numéro d'appel spécifique selon l'arrondissement de l'allocataire qui débouche sur des mini-standards par module de liquidation tenus par des assistants administratifs spécialisés, avec possibilité de basculement sur un technicien du module pour une prestation spécifique ou une situation complexe et éventuellement réponse en différé. Ce mode de fonctionnement est intéressant d'un point de vue des relations entre les allocataires et les gestionnaires des prestations. Sans doute serait-il souhaitable que le renfort du mini standard par le concours des techniciens conseils soit plus souvent mis en œuvre. Le bilan, dressé par la CAF, montre encore un nombre de tentatives trop important avant de pouvoir la joindre, alors même que des actions de communication sur les plages horaires de réponse au téléphone ont été faites. Par ailleurs, la mission s'interroge sur l'opportunité qu'il y aurait à étudier une articulation fonctionnelle entre l'accueil par le serveur vocal et celui réalisé par le numéro spécifique selon l'arrondissement, dans le but de rechercher des synergies entre les deux.

Dans l'ensemble, il est peu douteux que les CAF aient sensiblement amélioré leurs performances en matière d'accueil, au sens large, conformément d'ailleurs aux orientations précises, fixées par la première convention d'objectifs et de gestion conclue avec l'État. Pour autant, ces objectifs nationaux, en raison probablement d'une ambition excessive, sont loin d'avoir été atteints dans tous les domaines intéressant le service aux usagers, tandis que perdure une très grande diversité de mode d'organisation et d'expérimentations, appelant certainement un nouvel effort de cohérence au niveau de la branche.

## Un usager mieux considéré

L'égalité d'accès et de traitement est un impératif du service public. Pourtant, ce principe ne suffit plus à la satisfaction des usagers. En effet, les standards d'exigence ont beaucoup évolué : habitués à des services commerciaux, financiers, télématiques très rapides, les usagers n'ont sans doute plus la même patience vis-à-vis des agents publics que les générations précédentes qui venaient au chef lieu de canton une fois par mois, au jour du marché. En outre, ouvrir des droits aux citoyens et notamment des droits sociaux a pour effet assez naturel de créer une demande croissante d'effectivité.

D'une part, les usagers attendent un accueil et un traitement personnalisés. D'autre part, certains publics nécessitent un effort particulier en vue de mieux garantir leur accès aux organismes sociaux.

### Les administrations du secteur du travail et de l'emploi tentent d'accompagner et d'assister les usagers

#### Le renforcement de l'accompagnement et de l'assistance des salariés

Dans leurs démarches, les salariés peuvent consulter et/ou se faire assister par les syndicats et les représentants du personnel, les avocats spécialisés en droit du travail (qui tiennent des permanences régulières dans les conseils des prud'hommes ou pratiquent une première consultation gratuite à leur cabinet) ou des structures associatives diverses (comme le Centre national d'information et de documentation des femmes et des familles, le Centre d'information et de documentation jeunesse, la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés pour les accidentés du travail ou les victimes de maladies professionnelles, le MRAP ou la LICRA pour les victimes de discriminations raciales, les associations d'aide aux victimes fédérées par l'INAVEM...). Ils peuvent également se faire assister dans le cadre de l'entretien préalable à leur licenciement par des conseillers des salariés.

On examinera plus particulièrement ici, le rôle des organisations syndicales et des conseillers du salarié.

#### ▪ *Les organisations syndicales*

Aux termes de l'article L. 411-1 du Code du travail, les syndicats professionnels ont pour mission l'étude et la défense des droits ainsi que des intérêts matériels et moraux, tant collectifs qu'individuels, des personnes visées par leurs statuts.

Cette défense des intérêts professionnels peut être assurée par la voie judiciaire. Les syndicats peuvent, dans des cas limitativement énumérés par le législateur, agir en justice pour défendre les intérêts particuliers des salariés sans avoir reçu un mandat exprès de ceux-ci (en cas de méconnaissance de la convention collective, des intérêts des travailleurs temporaires, des travailleurs étrangers par exemple...). Ils peuvent également assister ou même représenter les salariés en matière prud'homale. L'intervention d'un syndicat résulte alors de l'initiative du salarié. Le syndicat est mandataire d'un salarié en vue de prendre en charge devant les conseils de prud'hommes des intérêts individuels d'ordre matériel (litige portant par exemple sur un salaire) ou moral (litige portant notamment sur une sanction disciplinaire). La défense de ces intérêts peut être aussi assurée de façon extrajudiciaire. Les syndicats peuvent prendre des initiatives diverses à cet effet, en effectuant des démarches auprès des administrations concernées, en organisant des réunions ou des manifestations sur la voie publique, en publiant des journaux ou des guides pratiques, en organisant des services juridiques... Les bourses du travail (ou maison des syndicats) sont ainsi des lieux qui permettent aux syndicats d'organiser des réunions, de fournir une documentation, et plus généralement un service de renseignements et d'aide aux salariés.

#### ▪ *Les conseillers des salariés*

Depuis la loi du 18 janvier 1991, tout salarié convoqué à un entretien préalable au licenciement a le droit de se faire assister, lors de cet entretien, par un conseiller du salarié<sup>22</sup> dans les entreprises dépourvues d'institutions représentatives du personnel. Cette assistance est gratuite.

Des conseillers du salarié sont désignés dans chaque département. Ils figurent sur une liste qui est établie par le DDTEFP après consultation des organisations de salariés et d'employeurs les plus représentatives et arrêtée par le préfet de département. Ils disposent d'un crédit de 15 heures par mois s'ils sont eux-mêmes salariés d'une entreprise occupant au moins onze salariés. L'utilisation de ce crédit est strictement limitée au cadre de l'entretien (et du temps de trajet pour s'y rendre et en revenir). Les conseillers du salarié ont droit au remboursement de leurs frais de déplacement (et des frais de repas dans certains cas) et à une indemnité forfaitaire annuelle de 250 francs, dès lors qu'ils ont effectué au moins quatre interventions au cours de l'année civile. Ils sont tenus au secret professionnel et plus généralement à une obligation de discrétion. Le salarié convoqué à un entretien préalable choisit un conseiller du salarié sur la liste du département où se situe de son établissement, qu'il peut consulter dans chaque section d'inspection et dans toutes les mairies. Il doit informer son employeur de la participation du conseiller à l'entretien. L'employeur peut demander justification de sa qualité au conseiller du salarié, mais il ne peut s'opposer ni à

<sup>22</sup> Articles L. 122-14 et D. 122-1 et suivants du Code du travail.

l'entrée du conseiller dans son établissement, ni à l'exercice de la mission d'assistance du salarié lors de l'entretien préalable.

### **La constitution de réseaux d'aide à l'accès au droit au plan local**

En vue de favoriser l'accès au(x) droit(s) des citoyens et notamment de les rendre plus effectifs pour les plus démunis, la loi du 18 décembre 1998 a redéfini, en parallèle de la loi du 29 juillet 1998 contre l'exclusion, l'aide à l'accès au droit en insistant plus particulièrement sur l'orientation et l'accompagnement préalables. Ceux-ci se composent de quatre prestations :

- l'information générale des personnes sur leurs droits et leurs obligations ainsi que leur orientation vers les organismes chargés de les mettre en œuvre ;
- l'aide dans l'accomplissement de toute démarche en vue de l'exercice d'un droit ou de l'exécution d'une obligation de nature juridique et l'assistance au cours des procédures non juridictionnelles ;
- la consultation en matière juridique ;
- l'assistance à la rédaction et à la conclusion des actes juridiques.

Pour la mise en œuvre de cette politique qui relève d'une spécificité judiciaire, la loi consacre le rôle des maisons de la justice et du droit. Organisées autour de deux pôles (accès au droit et médiation pénale), celles-ci assurent une présence judiciaire de proximité et concourent à la prévention de la délinquance, à l'aide aux victimes et à l'accès au droit. Afin de faciliter et de coordonner la mise en œuvre de cette politique d'aide, éclatée entre plusieurs opérateurs (publics, associatifs ou privés), un conseil départemental de l'accès au droit (CDAD) est institué dans chaque département. Il est chargé de recenser les besoins, de définir une politique locale, de dresser et diffuser l'inventaire de l'ensemble des actions menées, de procéder à l'évaluation de la qualité et de l'efficacité des dispositifs auxquels il apporte son concours.

Le droit du travail n'apparaît que peu concerné, pour l'instant, par cette problématique, car il dispose d'un circuit de traitement spécifique et ancien. De fait, la demande qui s'exprime dans le cadre de ce réseau se concentre sur un petit nombre de secteurs : droit de la famille (essentiellement), droit du logement, droit de la consommation, droit social. Dans un contexte de reprise de l'emploi et afin de faciliter le retour à l'emploi de personnes marginalisées, voire exclues, ce réseau pourrait être davantage sollicité sur des questions relatives au droit du travail.

L'existence de ces différentes structures intervenant dans la prise en charge de la demande du public en droit du travail conduit à s'interroger sur leur articulation avec les DDTEFP et leur complémentarité. Les relations existant entre les différentes institutions ou structures, les partenariats développés, les prestations mises en œuvre, l'apport des nouvelles technologies de l'information et de la communication, doivent être examinés. Compte tenu de l'importance de la

demande d'information qui s'exprime et de la difficulté que le service public rencontre pour en assurer une prise en charge correcte, la question du partage de cette activité se pose en effet avec acuité.

## **L' évolution des méthodes de travail des caisses d'allocations familiales est favorable à une meilleure prise en compte des allocataires**

Le développement important de la polyvalence du personnel, les démarches de traitement personnalisé des dossiers, les possibilités offertes par les nouvelles techniques mieux maîtrisées, vont dans le sens d'une meilleure prise en compte des allocataires, en dépit de certaines limites. Les bénéficiaires de prestations liées à l'isolement sont particulièrement concernés, compte tenu de la complexité fréquente de leur situation.

### **Les CAF ont à faire face à une production de masse et à une nécessité de polyvalence du personnel**

#### **▪ La polyvalence du personnel est devenue prédominante**

La polyvalence fonctionnelle des techniciens leur fait alterner les fonctions de liquidation des prestations avec des tâches d'accueil du public, physique ou téléphonique. Les vérificateurs peuvent, plus rarement, pratiquer cette forme de polyvalence. La polyvalence fonctionnelle demeure encore inégalement mise en œuvre, malgré son intérêt au plan de l'expérience des opérateurs et de la souplesse dans la gestion des moyens. La CAF des Bouches-du-Rhône est dans ce domaine exemplaire avec au premier semestre 1999, un pourcentage de 94 % des techniciens susceptibles de mobilité entre la liquidation, l'accueil et le téléphone. Les autres caisses, à l'exception de la caisse de la Réunion où cette organisation est systématique, pratiquent une polyvalence fonctionnelle moins complète, réservant cette forme d'organisation du travail aux situations de difficultés que connaît l'accueil.

La polyvalence technique est en revanche devenue la règle dans l'ensemble des caisses visitées par la mission. Elle permet à un même technicien de traiter la grande majorité des prestations légales. Cette évolution s'est imposée du fait de la multiplicité des prestations, souvent complémentaires, parfois concurrentes. Le cas des prestations liées à l'isolement comme L'API et l'ASF en est une bonne illustration. Ainsi, le calcul correct d'un montant d'API suppose d'avoir au préalable déterminé tous les droits ouverts au titre des autres prestations (allocations familiales, allocation logement, ASF, etc.). D'une façon générale, il convient d'avoir une bonne connaissance des principales prestations familiales pour appréhender chaque situation individuelle avec rigueur. Cette approche globale des dossiers des allocataires est favorisée par la réforme de la

formation initiale des techniciens conseil de la branche, qui a été entièrement et heureusement repensée dans ce sens.

Dans la pratique, la polyvalence technique n'est pourtant que partiellement réalisée. Certaines prestations demeurent traitées par des agents spécialisés du fait de leur complexité, d'autres sont confiées, en raison de leur simplicité, à des agents de faible qualification, donc moins coûteux, comme à la CAF de Paris où l'allocation de logement étudiant est traitée par des agents de niveau 2 après quinze jours de formation. Chaque caisse doit composer avec les habitudes acquises, les contraintes de formation des nouveaux agents, les temps d'adaptation aux nouveaux modes de travail du personnel en place, les références statutaires. À la CAF des Bouches-du-Rhône, au 30 juin 2000, le taux de polyvalence globale n'était ainsi que de 67 %, soit 81 % pour les prestations de base et 38 % pour la gestion des dossiers complexes.

Les prestations qui demeurent hors du champ de la polyvalence sont notamment l'ASFR et le recouvrement des pensions alimentaires, traitées par des personnels spécialisés, souvent rattachés au service du contentieux. La complexité de ces prestations et le faible nombre de dossiers concernés est mis en avant par les caisses comme explication. La CAF de la Gironde prévoit dans sa chaîne de travail une unité spécialisée dans le traitement du RMI. Toutefois les techniciens de cette unité sont polyvalents sur l'ensemble des prestations et traitent tous les droits des dossiers de RMI. De même ceux des groupes prestations sont formés pour prendre en compte les règles de gestion du RMI lors de l'étude des droits des autres prestations.

L'organisation des chaînes de travail est fondée sur le principe de polyvalence : les unités de production, dont l'effectif peut aller de un à la CAF de la Réunion à plus de quarante agents pour certaines unités des CAF des Bouches-du-Rhône ou de Paris, traitent l'ensemble des prestations légales, aux réserves près indiquées précédemment.

- **Une logique de production non dénuée d'effets pervers**

Le mode de répartition des dossiers entre les unités se fait sur une base matriculaire, *a priori* la plus commode pour la gestion de la production, dans les caisses d'Arras, de la Gironde et de Rouen ou, sur une base géographique, par nécessité, dans les organismes les plus importants, Paris (arrondissement) et les Bouches-du-Rhône (district et sous-district), mais aussi dans la plus petite, El-beuf, ainsi qu'à la Réunion.

Par exemple, à la CAF d'Arras, les dossiers, après avoir transité par le service du courrier, sont répartis entre dix groupes, sur la base du dernier chiffre du numéro d'allocataire, ce qui permet une répartition de la charge de travail relativement équilibrée, mais exclut tout regroupement géographique. Chaque groupe est composé de dix techniciens polyvalents encadrés par un agent de maîtrise. À la CAF de Paris, les groupes de liquidation, correspondant aux ar-

rondissements ou groupes d'arrondissements, comptent dix-huit à vingt-trois techniciens conseils, deux à trois agents de maîtrise et d'autres personnels administratifs. Dans ces deux cas, comme dans les caisses des Bouches-du-Rhône et de Rouen, le travail de liquidation est organisé par les agents de maîtrise au sein de l'unité de liquidation. Les liquidateurs n'ont pas la responsabilité d'une tranche d'allocataires et travaillent en fonction des directives de la maîtrise. La charge de travail est souvent répartie quotidiennement en panachant dossiers aisés et dossiers plus délicats, soit à la CAF d'Arras une proportion d'environ 80-20. Mais des agents peuvent aussi être affectés à certaines périodes au traitement d'une seule pièce, comme la déclaration trimestrielle de revenu. Le volume de dossiers traités quotidiennement est de l'ordre de quelques dizaines (une quarantaine à la CAF de Rouen).

Ces modes de fonctionnement selon une logique « productiviste », prédominants dans les caisses visitées, ne permettent pas d'établir le lien personnalisé entre les techniciens et les dossiers d'allocataires, qui aiderait sans doute à renforcer l'efficacité apportée par la polyvalence dans la détermination et la liquidation des droits individuels. Là encore, la gestion de la liquidation, et les impératifs de la personnalisation, sont particulièrement difficiles à concilier, notamment en période de surcharge, comme en a connu la branche famille en 1999 et, pour partie, en 2000.

---

### **Les méthodes de travail, qui renforcent la personnalisation dans le traitement des dossiers, pourraient progresser à la faveur de la modernisation en cours**

Les méthodes de travail qui renforcent la personnalisation dans le traitement des dossiers connaissent une nouvelle impulsion.

#### **■ Une expérience ancienne à la CAF de la Réunion**

Il y a seize ans que cette caisse a mis en place un système de relations personnalisées avec les allocataires. Le fonctionnement de la CAF de la Réunion repose sur la polyvalence quasi intégrale des techniciens conseils, aussi bien technique que fonctionnelle. De plus depuis le passage à « Cristal » en 1998, le fichier des allocataires a pu être réparti sur une base territoriale, chaque technicien conseil se voyant confier la responsabilité d'un portefeuille de 2 000 allocataires. Le technicien assure le suivi et la liquidation des droits des allocataires affectés à son portefeuille. Il assure l'accueil physique et téléphonique des mêmes allocataires à qui sont communiquées les coordonnées du liquidateur. Les techniciens sont installés par deux dans des boxes, ce qui favorise, dans l'autonomie, une collaboration et des possibilités de remplacement. Ils sont regroupés en unités d'environ onze liquidateurs coiffés par un agent de maîtrise. Ils alimentent un tableau de bord qui renseigne en permanence sur l'évolution du volume de travail de chacun et qui permet à l'encadrement de prendre des mesures de correction si nécessaire.

L'analyse, effectuée par la mission, du fonctionnement des relations de la CAF avec les usagers, et notamment des bénéficiaires d'allocations d'isolement, révèle dans l'ensemble une situation satisfaisante, grâce à la mise en place réussie de ces méthodes de travail fondées sur une polyvalence très large et une personnalisation du travail des agents, dans un département pourtant particulièrement exigeant en termes de besoins sociaux.

#### ▪ *Les autres démarches de personnalisation*

Si aucune des autres caisses visitées n'est allée aussi loin dans la personnalisation du traitement des dossiers, la mission a cependant relevé un certain nombre de démarches récentes, qui s'en rapprochent :

- la CAF d'Elbeuf, grâce au faible nombre de ses allocataires, répartit les dossiers sur une base géographique entre ses deux groupes de liquidateurs ;
- la CAF de Rouen a organisé le service prestations en unités de six techniciens qui sont regroupés en deux « triades » en charge chacune d'un portefeuille d'allocataires, avec un régulateur (un des trois agents plus expérimenté) et un agent de maîtrise pour deux unités ;
- la CAF de la Gironde a également, dans les unités de production, regroupé les techniciens par groupes de trois pour une gestion à la fois individuelle (chaque agent gère son portefeuille d'allocataires) et collective (possibilité d'échanges et de remplacements entre les trois agents) ;
- la CAF de Paris, envisage d'évoluer vers des modules territorialisés de taille inférieure aux équipes actuelles, articulées sur les arrondissements, de l'ordre de 10 000 allocataires, gérés par une dizaine d'agents au maximum et un agent de maîtrise. Selon sa direction il est difficile de réduire davantage les unités de traitement du fait de l'insuffisance du nombre d'agents de maîtrise. Cette évolution est rendue possible par « Cristal » qui permet désormais la segmentation (« îlotage ») des fichiers sur une base géographique.

#### **La meilleure maîtrise des modernisations en cours devrait contribuer à l'amélioration de la prise en compte des allocataires**

Les dernières années sont caractérisées par l'installation d'une nouvelle génération d'outils de modernisation de la gestion des caisses qui se généralise progressivement, dont les principaux sont le système informatique national « Cristal », complété de logiciels divers mis au point localement, d'une part, la gestion électronique des documents, d'autre part. La mission a constaté la forte incidence de ces techniques sur les méthodes de travail et les nouvelles possibilités qu'elles offrent de meilleure prise en compte des spécificités des allocataires, comme les droits des familles monoparentales. L'effort de capitalisation et celui de diffusion des « bonnes pratiques », en cours au sein de la branche, sont perfectibles et constituent assurément une voie de progrès majeurs pour l'avenir.

▪ **La mise en place de « Cristal »**

« Cristal » est maintenant installé dans toutes les caisses. La productivité qui avait chuté lors de la montée en charge a le plus souvent retrouvé son niveau antérieur, voire s'est améliorée dans les caisses les mieux gérées. D'importants efforts de formation des différentes catégories de personnels concernés ont été consentis par les caisses pour que l'appropriation de ce nouvel outil puisse s'effectuer. En outre, les moyens supplémentaires accordés à la CNAF courant 2000 ont aussi contribué à favoriser un retour à la normale, désormais assez général. Le système comporte des avantages reconnus, apportés par le temps réel, en matière de saisie des informations et de calcul de droits. Comme indiqué précédemment, « Cristal » offre des possibilités nouvelles en matière de découpage des fichiers d'allocataires, qui permet une organisation du travail sur une base géographique, laquelle conditionne une approche plus personnalisée des dossiers d'allocataires. Il apparaît toutefois que de nombreuses améliorations qualitatives demeurent encore insuffisantes, faute de mise au point technique et/ou du fait d'une sous-utilisation des possibilités du système informatique. À titre d'illustration la mission a noté que la possibilité, offerte par « Cristal », d'éclairer les opérations effectuées par des commentaires en utilisant les espaces prévus à cet effet, était très peu utilisée. Il s'agit pourtant d'une possibilité intéressante dans la mesure, où le plus souvent, plusieurs techniciens sont amenés à intervenir sur le même dossier.

La détection des droits, point particulièrement sensible lorsqu'elle concerne les prestations liées à l'isolement, au bénéfice d'une population le plus souvent en situation précaire, devrait à l'avenir bénéficier de la mise en œuvre du module de « Cristal » relatif aux droits potentiels. Ce module n'est en fait pas encore au point et l'IGAS n'a pas reçu d'information précise sur son devenir. Sa mise au point se heurte à la complexité de la réglementation et à la nécessité de saisir strictement des situations juridiquement délicates, comme celles touchant à l'isolement, notamment. Les efforts ne doivent pas être abandonnés pour autant, sachant qu'il convient de limiter les ambitions à la mise au point d'un outil d'aide pour les techniciens, sans viser la formule irréaliste d'un logiciel de détection dont les résultats seraient suivis de notifications automatiques aux allocataires.

La mission a noté des situations très variables en matière d'information écrite des allocataires dans la gestion de leurs droits individuels. D'une façon générale, « Cristal », d'une part, « EDINAT », logiciel spécialisé dans l'édition de courriers types et les autres outils de cette nature, d'autre part, doivent encore être améliorés de façon à personnaliser davantage les correspondances et à les rendre plus intelligibles. Ce point est particulièrement important pour les allocataires en situation précaire et en fin de droits. Or, l'automatisation de ces supports obéit à des règles rarement en adéquation avec cette nécessité.

▪ **La gestion électronique des dossiers**

La gestion électronique des dossiers qui, grâce à la numérisation de toutes les pièces significatives adressées à la caisse, offre un gain de souplesse jamais atteint dans la gestion, est en cours d'installation, à des stades divers. Les possibilités offertes par cette technique sont, dans l'ensemble, loin d'être complètement mises en œuvre. La CAF de Paris a achevé, dès 1996, l'installation de la gestion électronique des dossiers dans ses trois centres de gestion. Depuis lors, ce sont plus de 3 millions de pièces qui sont numérisées chaque année, soit une moyenne d'un peu moins de dix pièces par allocataire. Pourtant la montée en charge est incomplète du fait que la caisse ne dispose que de postes de consultation spécialisés et limités en nombre, au lieu d'avoir intégré cette fonctionnalité au poste individuel de travail. Dans les caisses en cours d'équipement comme celle des Bouches-du-Rhône, la scannérisation des documents se fait après exploitation, au stade de l'archivage. L'étape suivante, déjà programmée par les caisses, est la saisie à l'arrivée des pièces, ce qui permet d'utiliser ensuite leur suivi dans la chaîne de traitement et donc d'améliorer la qualité et la fiabilité de celui-ci.

## Chapitre 2

# Une prise en charge plus efficace

**A**u-delà de l'accueil, les usagers réclament avant tout que le service public les traite efficacement et rapidement. C'est dans cet objectif qu'ont été examinés le fonctionnement et les résultats des institutions auprès desquelles l'inspection générale a enquêté. On en retiendra deux aspects illustratifs. En premier lieu, la couverture maladie universelle, qui vise à offrir à tous une prise en charge des soins, consacre la généralisation définitive de l'assurance maladie. Sa conception et sa mise en œuvre satisfont cet objectif essentiel, mais certaines difficultés apparaissent dans le cas des usagers les plus nécessiteux. La retraite au contraire est une institution ancienne, dont les règles, complexes et fragmentées, se sont progressivement sédimentées. Il était donc intéressant d'apprécier comment les organismes tentent de satisfaire au double objectif de justice et de rapidité dans ces deux cas de figure particulièrement emblématiques.

## Une extension de la protection sociale obligatoire

### La couverture maladie universelle est une réforme majeure

**Dans la situation antérieure, les droits des usagers n'étaient ni universels, ni égaux selon les départements**

La loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle a mis en place, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000, deux droits fondamentaux pour l'accès aux soins :

- un droit immédiat à l'assurance maladie pour toute personne en résidence stable et régulière sur le territoire, aussi bien métropolitain que dans les DOM : la CMU de base, ou affiliation au régime général sur critère de résidence ;
- un droit pour les plus défavorisés, sous condition de ressources, à une couverture complémentaire gratuite (CMU complémentaire), avec dispense d'avance des frais (« tiers payant »).

En pratique, avant l'entrée en vigueur de la loi portant création de la couverture maladie universelle, les personnes qui ne bénéficiaient pas d'un droit à l'assurance maladie par leur statut professionnel (régime général, régime spécial, régimes indépendants) ou familial (comme ayant droit conjoint ou concubin ou enfant de moins de vingt ans d'un assuré), devaient accomplir des démarches diverses pour être « rattachées » à un titre ou un autre à l'assurance maladie. Le nombre de bénéficiaires s'était progressivement étendu par assimilation des situations par exemple de chômage, aux situations d'activité antérieure. Les personnes qui ne bénéficiaient pas de cette entrée dans l'assurance maladie étaient affiliées à l'assurance personnelle du régime général. Les titulaires de minima sociaux (minimum vieillesse et invalidité, allocation adulte handicapé, assurance veuvage, allocation de parent isolé, revenu minimum d'insertion) étaient affiliés automatiquement à ce régime, leurs cotisations étant payées par les organismes qui leur versent ces minima, et par le département dans le cas du RMI. Les personnes ni salariées, ni titulaires d'un minimum social, ni demandeurs d'emploi, ni ayant droit, soit essentiellement des jeunes de plus de 20 ans, ne poursuivant pas d'études et n'ayant jamais travaillé, ainsi que des personnes n'ayant jamais demandé une affiliation à l'assurance maladie car travaillant de manière occasionnelle, avaient accès à l'assurance personnelle, par le biais d'une procédure d'admission départementale. Depuis la loi portant réforme de l'aide médicale de juillet 1992, cette prise en charge des cotisations de l'assurance personnelle était obligatoire pour toutes les titulaires d'un revenu inférieur au RMI.

D'autre part l'assurance maladie ne prenait pas en charge l'intégralité des dépenses de soins, soit que s'applique le ticket modérateur, soit que certains biens ou services ne soient pas remboursables (dépassements d'honoraires, certains médicaments, forfait journalier hospitalier...). Cette différence était prise en charge pour nombre d'assurés par un organisme complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance, assurance privée). Pour les assurés les plus modestes, elle relevait de l'aide médicale départementale. Les barèmes fixés par les départements étaient, pour certains d'entre eux très bas, retenant comme plafond le RMI. D'autres au contraire prévoyaient un plafond bien plus élevé (jusqu'à 4 000 F).

En tout état de cause, la prise en charge des dépenses de soins par l'aide médicale était effectuée selon le droit de l'aide sociale, permettant, au-delà de la prise en charge obligatoire (c'est-à-dire dans le cas de l'aide médicale, le seuil du RMI), une prise en compte des situations singulières, au cas par cas. En effet, les textes permettaient d'apprécier l'admission au bénéfice de l'aide médicale en fonction des ressources, mais aussi des dépenses de soins engagées ou à engager. En outre, nombre de départements qui avaient adopté un barème très inférieur à celui retenu pour la CMU, prenaient en compte les cas individuels correspondant à des soins coûteux, notamment pour les personnes âgées.

La situation antérieure était donc contrastée : complexité, voire archaïsme des modes de prise en charge pour la couverture de base et hétérogénéité des si-

tuations locales en matière de couverture complémentaire, il est vrai atténuées par une certaine capacité d'individualisation.

La mise en place de la CMU permettra qu'un nombre beaucoup plus important de personnes bénéficie d'une assurance de la prise en charge de leurs soins *a priori*, tout en harmonisant les situations entre départements. Enfin ce dispositif vise à rapprocher les personnes défavorisées du système de droit commun. En effet la couverture de base sera gérée par les organismes de sécurité sociale, les affiliés ayant le choix de leur régime complémentaire.

### **La mise en œuvre de la couverture maladie universelle est satisfaisante**

Dans le cadre de ce rapport, l'IGAS n'a pas effectué une évaluation de la loi CMU, qui relève de travaux à venir, ceux notamment lancés par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de l'Emploi et de la Solidarité et par la Caisse nationale d'assurance maladie. Le rapport du gouvernement au Parlement qui sera préparé par une mission de l'inspection générale, prendra en compte, outre les observations ci-après, faites en 2000, les données actualisées résultant d'études et enquêtes. Toutefois, les investigations conduites à l'occasion de la présente enquête fournissent un matériau utile.

#### **▪ Des effectifs de bénéficiaires inférieurs aux prévisions**

La couverture maladie universelle devait régler définitivement l'accès aux droits à la prise en charge des soins des personnes non couvertes. Il s'avère qu'il est entré jusqu'ici dans le système un moins grand nombre de personnes que prévu.

Les diverses études statistiques prévoient :

- pour la couverture de base, environ 700 000 personnes assurées, dont :
  - 1) environ 550 000 personnes affiliées à l'assurance personnelle, dont 50 000 acquittent des cotisations et 500 000 sont prises en charge soit par la CNAF, soit par l'AMD, soit par le FSV ;
  - 2) environ 150 000 personnes momentanément ou durablement dépourvues de droit à l'assurance maladie ;
- pour la couverture complémentaire gratuite, environ 6 000 000 de bénéficiaires, assurés ou ayants droit, (soit environ 3 millions de foyers) correspondant aux 10 % les plus défavorisés de la population.

Fin juin 2000, le régime de résidence (CMU de base) comptait un effectif total de 1,071 million de bénéficiaires (assurés et ayant droit) effectif qui montait à 1,1 million au 31 décembre. Les nouveaux bénéficiaires, c'est-à-dire les personnes qui jusqu'alors n'étaient pas affiliées à un régime d'assurance maladie, étaient 40 000. Pour la couverture complémentaire, le nombre de bénéfici-

ciaires a augmenté de 4,4 millions (assurés et ayant droit) à 4,9 millions (au 31 décembre 2000). Fin juin 2000, les effectifs affiliés au seul régime général, s'élevaient à environ 4,1 millions de bénéficiaires, dont 3,1 millions « basculés » de l'aide médicale et 1 million de nouveaux bénéficiaires. Pour 350 000 d'entre eux, la mise en place de la CMU a servi de révélateur de droits potentiels. En effet, ce sont des allocataires du RMI qui jusqu'alors n'avaient pas fait valoir leurs droits à la CMU.

---

### **Un décalage entre les précisions et les réalisations**

L'écart entre les bénéficiaires prévus et ceux constatés est difficile à chiffrer et à expliquer. Tout d'abord la CMU en demandant aux organismes de sécurité sociale d'aller au-devant des assurés potentiels a permis d'affilier à l'assurance maladie et à une couverture complémentaire nombre de personnes qui jusqu'alors avaient des droits qu'ils n'avaient pas fait valoir en assurance maladie et en aide médicale gratuite. Ainsi des 350 000 allocataires de RMI cités. Les prévisions se sont appuyées sur des enquêtes statistiques sur les ressources dont on sait qu'elles méconnaissent très souvent les situations réelles, notamment parce que les personnes interrogées ne savent pas ou ne veulent pas répondre avec précision. Enfin, il est possible que l'amélioration de la situation du marché du travail et la croissance aient diminué le nombre de bénéficiaires potentiels. Ce qu'on peut néanmoins constater, c'est que les acteurs de terrain, notamment les centres communaux d'action sociale, les gestionnaires départementaux, de l'aide médicale etc. ont peut-être été insuffisamment associés à ces prévisions. En effet, il eût été sans doute plus efficace de dresser un tableau sociologique de tous les types de bénéficiaires potentiels avant d'en estimer le nombre. Cela eût permis de fabriquer un questionnaire mieux adapté aux populations enquêtées.

---

### **L'accès à la couverture complémentaire gratuite : des questions en suspens**

Le seuil de la CMU avait été initialement fixé à 3 500 F pour une personne seule, la question étant de savoir si un nombre significatif de bénéficiaires de l'aide médicale n'allait pas s'en trouver exclus. Étaient prises en compte dans les ressources celles du foyer (la personne, son conjoint ou concubin, ses enfants ou ascendants à charge) et un forfait logement de 306 F pour une personne seule pour les personnes propriétaires ou logées à titre gratuit ou bénéficiant d'une aide au logement. Ce calcul devait exclure nombre de bénéficiaires des minima sociaux « élevés », soit le minimum invalidité vieillesse, l'allocation parent isolé et l'allocation d'adulte handicapé, pouvant au demeurant être exposés à des dépenses de soins élevées : enfants de moins de trois ans, personnes de plus de 65 ans, personnes invalides. Ces personnes ne se sont jusqu'alors pas vu retirer

leur couverture complémentaire gratuite, leur situation ayant été maintenue dans l'état jusqu'en octobre 2000, terme prorogé jusqu'en juin 2001.

Trois missions de l'inspection générale ont fait part d'interrogations en la matière :

- Dans les établissements de santé, les personnels craignent que nombre de ces assurés ne puissent plus acquitter le forfait journalier qui reste à leur charge, même lorsque les autres frais d'hospitalisation sont remboursés à 100 % par la sécurité sociale ; ce problème est particulièrement crucial en psychiatrie. En effet les malades psychiatriques chroniques sont bénéficiaires de l'allocation d'adulte handicapé et souvent titulaires d'une aide au logement. Ils ont, surtout en vieillissant, souvent besoin de temps d'hospitalisation, pour réajuster un traitement, affronter des éléments existentiels difficiles pour des personnes fragiles, ou faire face à un changement de situation. La durée d'hospitalisation ne doit pas être trop courte, au risque sinon d'une hospitalisation récurrente. Mais il est important de maintenir au malade son intégration extérieure et donc son appartement. La question se pose donc de la situation de ces personnes, si elles se trouvent hospitalisées pour une durée d'un à trois mois, devant alors acquitter le forfait journalier de 70 F/jour, le reste à payer de leur loyer et les dépenses afférentes à leur vie personnelle.
- La mission qui a enquêté dans les caisses d'assurance maladie s'est interrogée, de son côté, sur l'opportunité du maintien du plafond de ressources à un seuil (3 500 F, porté depuis à 3 600 F), légèrement inférieur aux minima sociaux évoqués ci-dessus (mais qui le dépasse quand on y ajoute un forfait logement). Elle a observé que la multiplication éventuelle de formules départementales de compensation de ces « effets de seuil » risquait d'introduire de nouvelles disparités et de générer des coûts importants pour l'assurance maladie et les autres financeurs.
- Enfin, la mission consacrée au fonctionnement des juridictions sociales a noté une augmentation inquiétante des recours contre les refus de CMU complémentaire par les commissions départementales d'aide sociale. La commission centrale d'aide sociale, juridiction d'appel des commissions départementales fait aussi état d'une forte augmentation du nombre de recours. Pour l'essentiel, ces recours seront rejetés, car les personnes, quelles que soient les dépenses de soins engagées, dépassent, souvent de peu, le plafond de ressources. Certes, elles peuvent alors cotiser à une mutuelle, comme le faisaient par exemple déjà plus de 30 000 des assurés personnels avant l'entrée en vigueur de la loi. Il leur faudra néanmoins trouver un organisme qui accepte leur adhésion à des tarifs adaptés.

Depuis la réalisation des enquêtes de sites, les pouvoirs publics ont pris deux dispositions. Un décret du 9 janvier 2001 a augmenté le plafond de ressources qui s'éleve désormais à 3 600 F pour une personne seule, 5 400 F pour deux personnes, 6 480 pour trois personnes, 7 560 F pour quatre et 1 444 F par personne supplémentaire. De plus, les droits des personnes basculées de l'aide médicale

ont été maintenus jusqu'au 30 juin 2001, par report de la date limite de réexamen des droits qui avait été fixée initialement au 31 octobre 2000.

Toutefois, certaines des difficultés recensées peuvent perdurer. En effet dans la mesure où a été substitué à un système d'appréciation des situations individuelles (ressources et dépenses de soins nécessaires), un système de droits individuels avec des seuils, sans possibilité de dérogation, les effets d'exclusion, même plus limités, ne peuvent être considérés comme éradiqués.

### **Les organismes d'assurance maladie ont fait face à cette nouvelle charge de manière globalement satisfaisante**

Le basculement des dossiers des bénéficiaires de l'aide médicale départementale a été, pour l'essentiel, réalisé au 31 décembre 1999, grâce aux mesures préparatoires prises par les caisses primaires d'assurance maladie, en liaison avec les services des conseils généraux et les CAF, pour les bénéficiaires du RMI. Nombre de CPAM ont organisé des formations spécifiques, non seulement pour leurs agents, mais aussi pour ceux de divers partenaires. Partout, des aménagements ont été apportés pour adapter l'organisation interne à l'accueil des nouveaux publics et à l'instruction des dossiers de demandes. Des techniciens confirmés ont été généralement affectés dans un premier temps à ces services, dans l'attente de la diffusion de la formation et de la disponibilité des nouveaux personnels recrutés. Les caisses, de concert avec les services de l'État, ont dispensé une très large information au moyen de multiples supports (réunions, comités de pilotage, diffusion de dépliants, brochures, courriers aux bénéficiaires de la loi et aux professionnels de santé, affiches, presse, radios locales, numéros verts...). En revanche, bien que disponible dès le 15 décembre sur le site internet du ministère, le *Guide destiné aux personnes relais*, par ailleurs remarquable, n'a souvent été utilisé qu'après sa diffusion sur support papier début février ; la mission a même rencontré en avril des gestionnaires hospitaliers en charge de publics CMU, qui ignoraient l'existence de ce document.

#### **■ Un afflux de visiteurs au cours des premières semaines**

La grande majorité des caisses rencontrées par la mission ont signalé leurs difficultés à faire face en janvier/février 2000 aux besoins exprimés en matière d'accueil et d'information des bénéficiaires potentiels de la loi, comme en témoignent les chiffres recensés sur le nombre de personnes reçues au guichet et d'appels téléphoniques enregistrés. Même si elles s'y étaient préparées, beaucoup d'unités ont été surprises par l'ampleur du phénomène, imputable en partie aux effets d'une large communication, par nature trop générale, pour s'adapter aux différents cas particuliers.

Un décalage temporaire entre l'offre et la demande d'information est ainsi apparu, que la plupart des caisses rencontrées ont pu résorber par l'ouverture de guichets d'accueil spécifiques et par des redéploiements passagers d'effectifs,

dans l'attente de l'opérationnalité des personnels en formation et des renforts permanents accordés par la CNAMTS au titre de la CMU. Dans plusieurs sites, l'accès téléphonique s'est avéré difficile, l'engorgement générant des listes d'attente et des abandons d'appel. L'équilibre s'est réalisé lorsque la fréquentation constatée les premières semaines, correspondant souvent à un besoin de sécurité juridique de publics pourtant automatiquement couverts par les basculements opérés fin décembre 1999, s'est nettement ralentie.

▪ ***Dans quelques caisses, une aggravation passagère des retards de remboursement aux assurés sociaux est apparue fin 1999***

L'entrée en vigueur de la loi CMU au 1<sup>er</sup> janvier 2000 a empêché certaines caisses de résorber leurs soldes de liquidation des prestations, constatés fin 1999, et par conséquent de revenir à des délais rapides de remboursement des feuilles de soins. Selon les responsables des caisses concernées, ces dysfonctionnements résultent, à l'origine, de la conjonction de plusieurs facteurs, étrangers à la CMU, et notamment de l'incidence des modifications du dispositif informatique, en particulier du changement de logiciel effectué à l'occasion du passage à l'an 2000. La réalisation des objectifs de réduction des délais moyens de paiement, associée à la montée en charge des procédures de télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE), en a été fortement contrariée. Au cours du dernier trimestre 1999, beaucoup de CPAM ont dû faire face, simultanément, à des incidents affectant la production courante et à la préparation de la mise en œuvre de la loi. Ainsi, sans être le fait générateur des retards enregistrés, la CMU a naturellement entraîné de nouvelles charges de travail qui ont différé, dans les institutions en cause, le retour à la normale de la gestion des feuilles de soins. La mise en place de la CMU n'a pas causé de perturbation sensible dans le fonctionnement courant des deux autres principaux régimes. Pour faire face à la demande, le conseil d'administration de la CANAM avait voté un budget 2000 prévoyant notamment la création, au titre de la CMU, de soixante-sept postes convention collective et l'embauche temporaire de 99 agents en contrat à durée déterminée pour une durée cumulée de 603 mois. À titre provisoire, la tutelle avait donné son accord « *pour l'embauche de trente-cinq équivalents temps plein demandés pour la production et de quarante CDD sur six mois afin de traiter l'éventuel afflux des demandes au cours du premier semestre 2000* ». Compte tenu des flux réellement constatés, cette première tranche de renforcement apparaît suffisante. Pour la même raison, la MSA dispose des moyens nécessaires, dans le cadre des redéploiements rendus possibles par les créations d'emplois liées à l'accord interne sur la réduction et l'aménagement du temps de travail, pour gérer le nouveau dispositif. La souplesse de gestion qu'autorise l'existence d'un guichet unique de fait au sein de ses caisses, en raison de la multiplicité de leurs missions sociales et de l'absence d'afflux massif aux guichets, expliquent aussi que l'application de la loi n'a pas, jusqu'ici, causé de grande difficulté aux gestionnaires du régime agricole.

- **Des délais moyens de traitement assez longs, traduits par des taux élevés de dossiers en instance en fin de mois**

Le temps de constitution des dossiers de CMU, de CMU complémentaire (CMUc) et d'aide médicale État (AME) est la résultante de plusieurs éléments. Il dépend de la disponibilité des guichets d'accueil, en caisse primaire et dans les institutions relais, et de leur aptitude à aider le demandeur à rassembler rapidement les pièces justificatives nécessaires, mais aussi de la célérité de l'intéressé, étant observé que la procédure d'ouverture des droits a été simplifiée à l'extrême. Une information précise et complète lors du premier contact fait gagner beaucoup de temps. Même lorsque l'ensemble des pièces sont fournies, l'entretien entre le demandeur et le technicien CPAM pour l'attribution de la CMUc dure au minimum 45 minutes, au vu des constats de terrain de la mission : vérification des identifiants et de la présence des pièces concernant la résidence, la composition du foyer et les ressources sur les douze derniers mois ; recueil, le cas échéant, de la déclaration sur l'honneur ; exercice du droit d'option entre CPAM et organisme complémentaire, notamment. Quant au délai moyen de traitement de la demande, mesuré de la constatation du dossier complet à la notification de la décision d'accord ou de rejet, il apparaît extrêmement variable d'une institution à l'autre sur les quatre premiers mois d'application de la réforme. Fin avril 2000, il s'échelonnait de deux (Toulouse) ou trois jours (Bourges) à trente et un (Metz) voire quarante et un jours (Paris). À Lille, le traitement est en principe effectué dans la journée pour les dossiers déposés à la caisse, mais le délai s'élève à trois ou quatre semaines pour les dossiers reçus par courrier. L'analyse mois par mois montre, certes, une tendance majoritaire au raccourcissement des délais, mais il existe des exemples contraires. Les statistiques fournies à la mission sur les taux de demandes en instance en fin de mois doivent être maniées avec précaution, dans la mesure où toutes les caisses n'ont pas la même définition de cette notion : dossiers complets en attente d'examen, ensemble des dossiers en attente de décision intégrant les dossiers incomplets où manquent des pièces justificatives. Sous ces réserves méthodologiques, les pourcentages communiqués semblent cohérents avec l'évolution du délai moyen. Ainsi, à Toulouse, les instances, fin avril 2000, ne représenteraient que 133 dossiers, soit 1,9 % des demandes cumulées reçues depuis le 1<sup>er</sup> janvier (7 099), alors qu'elles atteignaient à Lyon 1 524 dossiers, soit 16,7 % des demandes enregistrées. La rapidité de réponse, sans préjudice naturellement du respect des dispositions légales et réglementaires, constitue un indice fort de la qualité du service des institutions sociales. En l'occurrence, cet objectif est lié à la bonne organisation des moyens internes des caisses, mais aussi à leur capacité à s'appuyer sur des réseaux partenariaux aptes à informer les populations concernées sur leurs droits comme sur les documents nécessaires à la constitution du dossier. Après les tâtonnements des premiers mois, liés dans certains cas à des incertitudes juridiques, et, sur certains sites, après le retour à la normale des autres composantes de leur gestion courante, il apparaît souhaitable et possible que les caisses les moins performantes prennent les mesures d'ajustement nécessaires pour parvenir, en régime de croisière, à des délais de traitement plus

rapides, compte tenu, en outre, des moyens supplémentaires mis à la disposition de la branche à cette fin.

### Les acteurs locaux sont encore trop peu mobilisés

En dépit des efforts consentis par les institutions, certains bénéficiaires potentiels de la couverture de base et de la CMU complémentaire n'ont pas encore accédé à leurs droits. Sans pouvoir naturellement en chiffrer l'incidence, la plupart des responsables locaux rencontrés par la mission ont invoqué, pour la déplorer, la mobilisation parfois insuffisante des services sociaux et des établissements hospitaliers et surtout le désengagement, d'ailleurs variable selon les sites, des centres communaux d'action sociale (CCAS). Certains publics particuliers paraissent difficiles à atteindre, même par les réseaux de proximité : sont cités notamment des personnes itinérantes, jeunes en errance et personnes sans domicile fixe, ou, en milieu rural, des salariés agricoles géographiquement très dispersés.

#### ▪ Le désengagement de nombreux CCAS

La loi du 27 juillet 1999 dispose en son article 4 (nouvel article L. 161-2-1 du Code de la sécurité sociale) : « *Les services sociaux ou les associations et organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'État dans le département, ainsi que les établissements de santé, apportent leur concours aux intéressés dans leur demande d'affiliation et sont habilités à transmettre les documents afférents à l'organisme compétent avec l'accord de l'intéressé. Les personnes qui, au moment de la demande, sont sans domicile fixe doivent élire domicile soit auprès d'un organisme agréé à cet effet par décision de l'autorité administrative, soit auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale* ».

La circulaire du 6 décembre 1999 relative à la mise en place de la CMU précisait : « *Les CCAS devraient à cet égard conserver une place centrale, en aidant les demandeurs de RMI ou de CMU qui s'adresseront à eux. J'ai demandé aux Caisses nationales de prévoir les liaisons rapides qui permettront aux CCAS et aux autres organismes sociaux habilités d'apporter sans délai aux demandeurs les réponses dont ils ont besoin concernant la couverture de base ou la CMU complémentaire* ». Le guide destiné aux personnes relais rappelait le double rôle des CCAS : aider les demandeurs à constituer leurs dossiers, recevoir leurs demandes et les transmettre aux CPAM (fiche n° 04) et domicilier sans agrément préalable les SDF, dans le cadre de leurs obligations de service social public en matière de CMU et d'AME (fiche n° 06).

Ces dispositions ont été dans l'ensemble mal ressenties par les CCAS pour deux raisons :

- intervenants majeurs dans l'instruction des dossiers pour l'obtention de

l'aide médicale départementale, ils se sont sentis rejetés des procédures CMU, dont l'instruction est confiée aux seuls organismes de sécurité sociale, alors que les publics concernés par la réforme -notamment RMistes, étrangers, SDF- étaient des habitués des centres communaux, structures de proximité pour les populations en difficultés. De surcroît, la formulation du second alinéa de l'article 4 de la loi, relatif au concours aux demandeurs de CMU, évoque « les services sociaux » sans nommer expressément les CCAS, contrairement au troisième alinéa, concernant la domiciliation des SDF ;

- à ces aspects d'ordre politique et psychologique s'est ajoutée une préoccupation financière immédiate : nombre de CCAS recevaient en effet une rémunération à l'acte du conseil général pour l'instruction des dossiers AMD ; la perte de ces recettes les a incités à redéployer leur personnel vers d'autres tâches, hors CMU, voire à en licencier une partie.

La mission a rencontré, en mai 2000, les responsables de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS). À cette date, ils plaidaient pour une convention entre l'Union et la CNAMTS, avec l'accord de l'État, qui préciserait la répartition des tâches entre les centres communaux et les CPAM sur les bases suivantes : accueil et information des demandeurs assurés à titre gratuit par les CCAS dans le cadre de leur mission de service public, pré-instruction des dossiers par les CCAS pour le compte des CPAM effectuée à titre onéreux. Le coût de la mesure était estimé à 150 millions, pour une rémunération moyenne de 200 F par dossier.

Sur le terrain, la situation est fort contrastée, comme le montrent les synthèses des remontées d'information des DRASS, qui font état de positions divergentes des CCAS au sein d'une même région ou du même département. Dans l'ensemble, les CCAS, soit pour se conformer aux positions de l'UNCCAS, soit de leur propre initiative, se sont peu impliqués dans le dispositif, intervenant sur le pré-accueil et la remise de l'imprimé de demande mais plus rarement sur l'aide au remplissage du formulaire et à la réception/transmission des pièces justificatives. Les vérifications effectuées par la mission rendent compte de cette diversité. En région parisienne, le désengagement des CCAS a été vivement ressenti. Ainsi, par exemple, la CPAM du Val-de-Marne a multiplié les réunions d'information et de concertation politique et technique avec les quarante-sept communes du département, avec des résultats mitigés : fin mars, seize CCAS acceptaient de faire de l'accueil complet (dont un favorable sous réserve), mais vingt-neuf ne faisaient que le pré-accueil et deux refusaient de coopérer avec la caisse. À Metz, où la CPAM, convaincue de la valeur ajoutée apportée par les CCAS, a rencontré toutes ces structures, une quinzaine apporte leur concours en termes d'accueil et d'information et les autres ne fournissent aucune prestation en l'absence de rémunération. Dans le Nord-Pas-de-Calais, les consignes de l'Union sur le principe d'une prestation rémunérée sont rappelées mais parfois non suivies par les structures au contact des publics. Ainsi, le CCAS de Watrelos, que la mission a rencontré, collabore sur la CMU avec la CPAM de Rou-

baix ; il tient d'ailleurs une permanence dans la caisse primaire, ainsi qu'à l'hôpital, « *pour aller vers les gens* ».

En Midi-Pyrénées, la DRASS signale que, dans certains départements, les CCAS, services sociaux et associations agréées n'informent pas les caisses des demandes de RMI, faisant obstacle à la mise en œuvre de la présomption du droit à la CMU. Dans cette région, en revanche, une convention type de partenariat a été signée entre la CPAM de Haute-Garonne et le président de la fédération départementale des CCAS. Elle précise les modalités d'accueil, d'information et d'orientation des demandeurs ou bénéficiaires de la CMU et, le cas échéant, de pré-instruction des dossiers d'affiliation à la CMU pour le compte de la CPAM. L'article 8 stipule prudemment que « *compte tenu des volontés municipales locales, le coût de l'aide des CCAS évalué au niveau national à 150 francs (coût moyen des rémunérations des CCAS par les conseils généraux pour l'ancienne aide médicale du département) est aujourd'hui assumé de façon exceptionnelle par le CCAS, sous réserve de dispositions nationales ultérieures différentes* ».

#### ■ Une mobilisation parfois insuffisante des réseaux locaux

L'information sur les droits potentiels ne touche pas tous ceux qui pourraient y prétendre ; certains acteurs évoquent notamment « *la population des petits salariés ou des familles nombreuses qui pensent ne pas avoir de droits* ». Il faut aussi prendre en compte des facteurs d'ordre psychologique ou sociologique : ainsi, une attitude de dignité, notamment en milieu rural, expliquerait certains refus d'accès à des prestations sociales. À cet égard, d'après la CPAM de la Moselle, le remplacement de l'aide médicale départementale, instruite par les services communaux, par la CMU, gérée par la sécurité sociale, aurait d'ores et déjà contribué à modifier les attitudes. Une fraction non négligeable de bénéficiaires potentiels sont décrits par les services sociaux comme réfractaires à tout contact avec les institutions. Il peut s'agir, en particulier, de jeunes en rupture avec leur famille, voire avec la société, qui parfois, après un premier contact, sont « perdus de vue » par les missions locales ou autres structures d'accueil. Ces jeunes, selon des responsables associatifs rencontrés par la mission, n'ont quelquefois aucune idée de notions aussi élémentaires qu'un numéro de sécurité sociale et ne montrent aucun intérêt pour l'accès aux droits, tant qu'ils ne sont pas atteints de maladie grave<sup>23</sup>. Les dispositifs propres à l'assurance maladie n'ont pas toujours la densité nécessaire pour repérer et traiter les publics en difficulté. C'est vrai, en dépit des mesures prises par de nombreuses CPAM, pour le régime général ; c'est sans doute aussi le cas pour le régime des « non non », avec son réseau de 31 CMR et de 174 organismes complémentaires. De même, aux dires des responsables de la MSA, beaucoup d'agriculteurs retraités ne feraient pas valoir tous leurs droits sociaux à cause d'éventuels recours sur successions et

<sup>23</sup> Sans doute ne sont-ils guère différents des jeunes assurés sociaux, qui souvent ne se préoccupent de leur immatriculation que lors d'un premier besoin de soin.

craindraient, s'ils accédaient temporairement à la CMU, d'avoir à cotiser ultérieurement au prix fort pour bénéficier à nouveau des couvertures complémentaires dont ils disposent actuellement auprès de groupements proches du milieu agricole. Par ailleurs, nombre d'exploitants soumis au régime fiscal du réel réugneraient à utiliser la procédure dérogatoire d'examen par le préfet des conditions d'accès aux droits à la CMU, pourtant déjà en vigueur pour le RMI ; 204 dossiers seulement auraient été déposés dans ce cadre au premier trimestre. Dans un département breton, la MSA a adressé en début d'année 2 100 courriers aux allocataires dont les ressources connues permettaient de penser qu'elles étaient des bénéficiaires potentiels de la CMU ; elle n'a reçu que 140 réponses. Une relance par téléphone auprès de 100 allocataires a donné des résultats surprenants : 38 ont déclaré ne pas avoir reçu le courrier, ou pensent qu'ils l'ont pris pour une publicité ; 30 ne se souviennent pas l'avoir reçu ; sur les 32 autres, les deux tiers n'ont pas répondu, car ils estimaient dépasser le plafond de ressources ; un quart d'entre eux a trouvé la lettre de la MSA et la brochure qui l'accompagnait peu compréhensibles. En l'occurrence, le maillage pourtant serré du monde rural, avec son réseau de délégués territoriaux élus, ses assistantes sociales spécialisées, ses conseillers/contrôleurs et ses nombreux points d'accueil de proximité, n'est pas parvenu à des résultats probants.

Si, dans ses principes, l'instauration de la Couverture maladie universelle répond bien à un objectif d'amélioration de l'accès aux soins des populations défavorisées par une généralisation de l'assurance maladie, sa mise en œuvre soulève donc encore diverses difficultés. Le rapport consacré à l'évaluation de l'application de la loi fera le point de façon plus approfondie sur la situation actualisée à la fin 2001.

## Une liquidation rapide et fiable

La mission principale des organismes de retraite consiste à servir à l'usager la pension à laquelle il peut prétendre. La rapidité et la fiabilité sont donc deux critères particulièrement pertinents pour évaluer l'efficacité des organismes.

### Sur le long terme, les délais moyens raccourcissent

#### Les outils et les résultats des organismes de retraite s'améliorent

De façon assez générale dans les régimes, l'efficacité se mesure à l'aune des délais. Pour les organes de direction et de contrôle - têtes de réseau, tutelle,

conseils d'administration -, les indicateurs de délais donnent une image plus lisible d'une gestion par ailleurs complexe.

Pour le régime général, depuis le décret de 1986 ayant institué le paiement mensuel des pensions, « *les prestations retraites sont payées le huitième jour calendaire du mois suivant celui au titre duquel elles sont dues ou le premier jour ouvré suivant si le huitième jour n'est pas ouvré*<sup>24</sup> ». Si l'échéance de paiement est à venir, le paiement s'effectue avec la mensualité. Si des sommes sont dues, les paiements sont effectués à l'issue du traitement qui a lieu tous les deux jours.

À l'ARRCO et à l'AGIRC, la pension est payable d'avance (terme à échoir), par trimestre. Le premier versement peut donc, en principe, intervenir à la date d'effet de la pension. Le conseil d'administration de l'AGIRC a fixé aux institutions gestionnaires comme délai maximal pour ce premier versement, le mois de la date d'effet, afin d'éviter aux nouveaux allocataires une rupture dans le versement de leurs ressources.

Dans les trois régimes, l'objectif fixé aux services de gestion est d'éviter la rupture des ressources de l'assuré, entre le revenu antérieur au passage à la retraite et le premier paiement de la pension. Cet objectif est formalisé au régime général par un indicateur prévu à la Convention d'objectifs et de gestion (COG) sur les attributions de pensions personnelles dans le délai d'un mois suivant la date d'effet et, dans le régime AGIRC, par une norme d'attribution dans les trente jours suivant la date d'effet. Sur le plan pratique, l'attribution, sans retard, de la pension par le régime général signifie que l'utilisateur perçoit effectivement sa pension, au mieux, le dix du mois suivant celui de sa retraite ; le rythme de paiement, par rapport à un revenu antérieur, est donc décalé. La notion de rupture de ressources gagnerait à être affinée, pour les retraités qui ne bénéficient pas d'un capital ou prime de départ à la retraite.

- ***La mobilisation du régime général autour des délais de liquidation se traduit par des résultats globaux positifs, qui doivent cependant être améliorés sur plusieurs aspects***

Le régime général dispose de nombreux éléments statistiques, rassemblés dans des tableaux de bord. Ces outils de pilotage et de gestion, issus du logiciel national GDA utilisé lors de l'instruction de la pension, portent sur divers aspects du processus : nombre de dossiers restant à traiter selon l'étape ou le mois de réception, dossiers en dépassement de délais, délais d'instruction etc. Quelques indicateurs synthétiques sont également suivis dans la COG.

Sur le long terme, les délais se sont sensiblement améliorés : depuis 1986, le paiement étant mensuel, et non plus trimestriel, l'objectif est de liquider dans le mois – et non plus le trimestre – suivant la date d'effet. Le délai moyen de sa-

<sup>24</sup> Arrêté ministériel du 11 août 1986; selon le calendrier, jour férié ou aide médicale de l'État, dimanche, le jour du paiement est fixé au 9, 10 ou 11. Exemple : date d'effet de la pension le vendredi 1<sup>er</sup> septembre ; notification de l'attribution : 15 septembre. Le premier paiement aura lieu à l'échéance normale (à terme échu) le lundi 9 octobre.

tisfaction<sup>25</sup> du régime général pour les premières demandes, droits propres et droits dérivés, était de 133 jours en 1976, de 80 jours en 1981 et de 22 jours au 31 décembre 1999. À la CRAM de Lille, le délai de satisfaction (droits propres) qui était de 63 jours en 1987 passe à 7 jours en 1999 ; pour les pensions de réversion, les chiffres correspondants sont 119 et 29 jours. Au niveau national, les droits propres sont attribués, actuellement en moyenne, en un peu plus de deux semaines après la date d'effet. Mais en 1999, 19 % des droits sont encore attribués avec un délai supérieur à un mois. Certes, au niveau national 77 % des nouveaux retraités – droits propres, hors conventions internationales - du régime général en 1998 et 81,1 % en 1999 n'avaient pas connu de rupture de ressources lors de leur passage à la retraite. *A contrario*, pour près d'un cinquième d'entre eux, ce risque n'est pas éradiqué.

Malgré l'accent mis sur la rapidité du service et les progrès constatés, certains aspects relatifs aux délais restent à approfondir. Les indicateurs ne sont pas suffisamment homogènes ou ne couvrent pas tout le champ des dossiers traités. Les dossiers des assurés sous conventions internationales ne sont pas identifiés dans les indicateurs. Or, ils sont caractérisés par des délais très longs. En outre, les indicateurs existants ne sont pas assez détaillés pour permettre d'identifier les causes de retard et donc prendre, le cas échéant, des mesures appropriées. Même les dépôts tardifs ne sont pas détaillés et on ne peut en connaître la cause. Or, selon les origines des dépôts tardifs identifiés, le régime général pourrait utiliser quelques marges de manœuvre : incitation de l'utilisateur à déposer sa demande de manière plus anticipée, mesures correctrices avec les institutions partenaires.

Par ailleurs, les indicateurs relatifs à tous les dossiers où le régime général n'est pas la seule institution partie prenante, ne sont pas satisfaisants pour apprécier le résultat global pour l'utilisateur. L'indicateur de délai de transmission des demandes uniques par les CRAM aux autres régimes de base en fournit une illustration. Les résultats du régime général sont très honorables : en 1998, au niveau national, 76 % de ces dossiers étaient transmis en 9,5 jours ; en 1999, 85 % des dossiers étaient transmis en 7,5 jours. La caisse de Dijon transmet même ces dossiers en moins de 4 jours. Il est cependant évident que si la MSA, l'ORGANIC ou la CANCAVA mettent plusieurs semaines à traiter un dossier, l'effort des CRAM pour améliorer de quelques jours leurs délais a une portée limitée pour l'utilisateur. Or, aucun indicateur ne mesure le temps du traitement complet d'un dossier de polypensionné.

#### ▪ Les régimes complémentaires

La mise en place d'outils, au niveau des fédérations, est relativement récente à l'AGIRC (années 1990) et en cours à l'ARRCO. Les caisses de base ont pu

<sup>25</sup> Cf. rapport IGAS 1981-1982 précité; le délai moyen de satisfaction mesure la durée moyenne en jours qui sépare la date d'entrée en jouissance (date d'effet) de la pension et la date d'attribution (notification).

prendre également des initiatives pour mesurer la rapidité de leur service. Au sein de chaque régime, les résultats des caisses sont plus diversifiés qu'au régime général.

L'AGIRC a mis en place, au niveau national, à partir de 1996, des indicateurs trimestriels pour suivre la « qualité du service et l'image du régime ». Les résultats des caisses AGIRC, de nature déclarative, sont diffusés aux conseils d'administration et aux services. Des objectifs acceptables, valables pour l'ensemble du régime, sont fixés au sein de groupes de travail internes. Les tableaux de bord du contrôle de gestion suivent les résultats par rapport à ces « normes AGIRC ». Le conseil d'administration de l'AGIRC a décidé en 1999 de généraliser, en cas de dossier incomplet, la procédure de liquidation provisoire correspondant exactement aux droits du participant à la date d'effet de la retraite. Le délai moyen de premier paiement du régime respecte la norme AGIRC, fixée à trente jours maximum. Mais les écarts entre caisses peuvent être considérables : cinq jours pour la plus rapide, plus de deux mois pour la plus lente. Compte tenu des procédures en vigueur, la part des dossiers liquidés à titre provisoire peut être importante. Ainsi, la CAVCIC indique que 17 %<sup>26</sup> des dossiers sont liquidés à titre définitif et 55 % à titre provisoire dans le mois qui suit la date d'effet. Dans la plupart des cas, c'est l'absence d'information sur les salaires de la dernière période d'activité qui conduit à effectuer une liquidation provisoire. Le délai moyen de premier paiement est satisfaisant, dans la mesure où il permet d'éviter la rupture de ressources en servant une part importante de la pension. Mais le délai de révision est long : 173 jours en moyenne à l'AGIRC (au 1<sup>er</sup> trimestre 2000), avec des délais allant de 5 à 482 jours. Sur les années 1998, 1999 et au premier trimestre 2000, la part des dossiers sans paiement dans le mois de la date d'effet évolue entre 18 % et 24 %, la norme AGIRC étant fixée à 20 % maximum. En moyenne, un assuré sur cinq connaît une rupture de ressources à l'occasion de son passage à la retraite. Ce chiffre peut être rapproché de celui du régime général<sup>27</sup> sur les attributions postérieures d'un mois à la date d'effet.

L'instauration du régime unique ARRCO a eu une conséquence pratique importante pour l'assuré : sa retraite lui est désormais versée par une seule caisse, contre 1,4 en moyenne auparavant. (On ne connaît pas le pourcentage d'assurés qui relevaient d'une, ou plusieurs caisses). Les outils disponibles au niveau de l'ARRCO sont encore limités. Il n'y a pas d'objectif chiffré affiché en termes de qualité du service. La mise en place d'indicateurs est un chantier en cours, qui doit aboutir à une diffusion des tableaux de bord et des résultats à l'ensemble des caisses. La mise en place du régime unique a entraîné, de façon conjoncturelle, un allongement des délais ; le délai moyen d'attente du requérant est de trois mois et treize jours pour les cinq premiers mois de 2000. Il a légèrement augmenté par rapport à 1999 (trois mois et deux jours), première année du ré-

<sup>26</sup> Chiffres 1<sup>er</sup> trimestre 2000.

<sup>27</sup> Les indicateurs des régimes ne mesurent pas tout à fait les mêmes événements et populations : cf. *supra*.

gime unique. Il a également augmenté par rapport au délai moyen constaté avant le régime unique (délai d'environ deux mois). Divers indicateurs concernant l'ARRCO et les caisses visitées (évolution des stocks, des délais de transferts des droits inscrits entre caisses...) laissent entrevoir la fin de cette période non représentative du fonctionnement « normal » du régime. En juin 2000, 30 % des dossiers liquidés l'avaient été à la date d'effet et 15 % dans un délai d'un mois après cette date. Pour 45 % des nouveaux retraités, on peut donc considérer qu'il n'y a pas de rupture de ressources.

Les constats faits par la mission au niveau local sont en cohérence avec ceux concernant l'ARRCO en général : l'intérêt pour la rapidité du service à l'utilisateur est relativement récent. Les résultats peuvent et doivent être améliorés ; les institutions en sont conscientes et s'emploient à résorber les perturbations liées à la mise en place du régime unique.

### **Les caisses accélèrent la liquidation, par des mesures empiriques**

Il n'existe pas, à la connaissance de la mission, d'études permettant de déterminer de façon certaine et rigoureuse les facteurs clés d'une attribution rapide de pension.

#### **▪ Le régime général**

Les actions menées ou envisagées par les deux CRAM visitées, validées par des résultats meilleurs que la moyenne, constituent des pistes parmi d'autres. Des paramètres extérieurs, dont l'incidence n'est pas mesurée, interviennent également : proportion d'assurés monopensionnés ou polypensionnés, nés ou résidant à l'étranger, caractéristiques du tissu socio-économique, notamment.

La CRAM de Lille impute en partie à sa déconcentration géographique et fonctionnelle (*cf. supra*) ses bons résultats en matière de délais. Un autre facteur peut être la date à laquelle elle conseille aux assurés de déposer leur dossier de demande de retraite -six mois avant la date d'effet-, alors que la norme CNAV est de quatre mois. La CRAM estime que l'objectif de non-rupture des ressources doit être apprécié globalement, pensions du régime général et des régimes complémentaires, le délai préconisé de six mois devant faciliter, pour tous les régimes, la réalisation de cet objectif. La CRAM considère que sa marge de progression globale est désormais faible et va donc plutôt cibler ses efforts sur les pensions de réversion, les dossiers en liaison avec d'autres régimes ou ceux des résidents étrangers. Enfin, le cas de Lille illustre l'importance du rôle que peuvent jouer les services de l'agent comptable. Deux éléments spécifiques peuvent notamment être cités, le contrôle différé de certains dossiers et la décentralisation du contrôle (*cf. infra*).

La CRAM de Dijon enregistre également des délais très satisfaisants malgré une organisation territoriale et fonctionnelle différente de celle de Lille. Les actions menées consistent à accélérer les circuits et à suivre les dossiers des assu-

rés susceptibles de subir une rupture de ressources. Au titre des circuits peuvent être notamment mentionnées les réunions régulières entre services (liquidation, comptabilité, contentieux) qui permettent de résoudre ensemble des cas difficiles. Quant à l'expérimentation récente du « bureau sans papier » - numérisation du dossier retraite dès son arrivée et sa liquidation en antenne et au siège -, elle devrait également raccourcir certains délais. En outre, les dossiers non liquidés sont examinés individuellement à l'approche de la date à laquelle ils devraient être mis en paiement. Enfin, comme en 1996, un suivi collectif des motifs de traitement tardif a été engagé en 2000, en vue d'éventuelles mesures correctrices.

#### ▪ *Les régimes complémentaires*

L'amélioration des délais moyens d'une caisse ARRCO relève de son action propre mais aussi de la synergie entre tous les intervenants dans le traitement d'un dossier : CICAS, ensemble des caisses possédant un morceau de « carrière », centre informatique de l'ARRCO. À l'AGIRC, les organismes sont plus indépendants puisque le dossier est traité par la dernière caisse d'affiliation. Néanmoins le dossier doit avoir été correctement « nettoyé » par les caisses d'affiliation précédentes. Enfin, il peut être noté que dans de nombreux cas - liquidation avant 65 ans sans minoration -, les régimes complémentaires ont besoin de la notification du régime général pour procéder à leur propre liquidation. Les caisses agissent en priorité sur les procédures de gestion interne. Outre le suivi des indicateurs, les actions tendent à devenir plus qualitatives, en analysant, par exemple, les causes des dysfonctionnements et en intervenant sur les domaines où existent des marges de manœuvre.

## **La vérification de la fiabilité est encore très hétérogène selon les régions**

Si le nouveau retraité peut se prononcer facilement sur la rapidité du service de sa pension, il est en revanche démuné pour apprécier sa fiabilité. Les recours en CRA sont rares dans ce domaine hermétique pour l'usager et la plupart des réclamations ou interrogations semblent trouver une solution au niveau des services de liquidation. Dans ce contexte, pour éviter que des erreurs interviennent au détriment de l'usager, à son insu, les organismes ont une responsabilité particulière d'organisation en matière de contrôle.

### **Le régime général a normalisé ses méthodes de contrôle au contraire des régimes complémentaires**

#### ▪ *Le régime général*

Les régimes sont présentés distinctement, en raison des divergences importantes dans leur organisation. L'importance des services de contrôle, la norma-

lisation de leur activité, dans le processus de liquidation de la pension, constituent des caractéristiques essentielles du régime général, même si des spécificités locales peuvent être relevées.

À la CNAV, pour la région Ile-de-France, l'agent comptable dispose d'une équipe de 150 contrôleurs pour 600 liquidateurs (ratio de 1 pour 4). Les contrôleurs sont recrutés parmi les meilleurs liquidateurs ayant au moins deux ans d'expérience. À Dijon, le service contrôle compte 32 agents ETP, soit 1 contrôleur pour 2,5 liquidateurs. À Lille, la division contrôle et paiements de l'agence comptable compte 48 contrôleurs pour les prestations retraite - le ratio est de l'ordre de 1 contrôleur pour près de 6 liquidateurs. À Lille, le contrôle est décentralisé. Cette organisation favorise la rapidité de la liquidation. Mais le niveau 4 des contrôleurs extérieurs étant statutairement inférieur à celui des agents chargés des questions de retraite, les appels à candidature lancés par l'agence comptable ont peu de succès surtout pour les sites éloignés, ce qui peut poser un problème qualitatif.

Outre l'examen des dossiers par l'encadrement du liquidateur, trois types de contrôles sont menés dans les CRAM sur un dossier de retraite :

- le contrôle de premier niveau, *a priori* et exhaustif, permet, en principe, d'apprécier la qualité de la liquidation ;
- la supervision est un contrôle de deuxième niveau, le « contrôle du contrôle » : elle est effectuée par l'encadrement du service contrôle, par sondage, sur des dossiers ayant déjà fait l'objet du contrôle exhaustif *a priori*. Il n'y a pas de normes nationales fixées en la matière ;
- le contrôle *a posteriori* ou sondage des dossiers validés, dit SDV2 est obligatoire : il porte sur des dossiers contrôlés au cours des mois précédents et ayant fait l'objet au moins de deux retours enregistrés du contrôle.

▪ **À la différence du régime général, l'hétérogénéité des pratiques caractérise actuellement les régimes complémentaires dans ce domaine**

À l'AGIRC, les institutions ont, vis-à-vis du régime, une obligation de résultat. Dans le cadre du respect de la réglementation du régime et des objectifs de qualité fixés par le conseil d'administration, elles sont libres d'organiser leur gestion comme elles l'entendent, la fédération pouvant mener cependant des contrôles sur place. Parmi la batterie des indicateurs de qualité du service, un indicateur recense les erreurs de liquidation en les ventilant selon qu'elles sont imputables ou non à l'institution.

---

**Les résultats sont difficiles à apprécier,  
mais sont en tous cas perfectibles**

Du point de vue de l'utilisateur, la fiabilité des pensions est malaisément mesurable. L'application de la législation fait peser un risque d'erreur d'autant plus important que la législation applicable est complexe. Le premier indicateur de

fiabilité est donc l'existence d'un contrôle organisé. C'est le cas dans le régime général, cela le devient pour les régimes complémentaires. Pour le régime général, le taux de retour, c'est-à-dire le nombre de dossiers revenant au liquidateur après le contrôle de l'agent comptable est de 20 %. Ce taux élevé montre combien le principe du double calcul (liquidateur et contrôleur) est nécessaire. *In fine* le taux d'erreurs avec incidence financière s'établissait en 1999 à 0,4 % au niveau national, allant de 0,2 % à presque 0,9 % selon les caisses. Ces résultats qui font apparaître un taux d'erreur non négligeable, montrent bien, *a contrario*, le caractère indispensable d'un contrôle organisé.

### Vers une amélioration de la fiabilité ?

Des outils sont en cours d'expérimentation ou de mise en place à la CNAV : le logiciel PCC, permettant au contrôleur d'avoir une assistance à la validation des dossiers au travers de points de contrôle clé, et l'outil de maîtrise du risque financier (OMRF), qui devrait permettre un ciblage des dossiers à contrôler et mettre fin au contrôle exhaustif actuel. L'examen des procédures conduit à s'interroger sur le niveau des contrôles à assurer pour garantir la fiabilité, sans pour autant ralentir excessivement l'instruction du dossier et donc le paiement de la pension. L'utilisateur est rarement invité à s'exprimer sur ces questions, pourtant fondamentales. Deux exemples rencontrés par la mission illustrent la manière dont les organismes ont répondu à ces questions. À Lille, le contrôle *a priori* fait l'objet d'une pratique locale, appelée contrôle différé, qui porte sur des dossiers peu complexes et ordonnancés plus d'un mois avant l'entrée en jouissance. Le contrôle différé représente une partie importante des dossiers de liquidation, environ 70 % des dossiers droits propres. Cette procédure permet une notification rapide d'attribution de pension au nouveau retraité, le contrôle intervenant après la notification mais avant le premier paiement. En cas d'erreur décelée par le contrôle, entre la notification et le paiement, une notification de révision est adressée à l'assuré si l'erreur a une incidence financière - modification du montant de pension à servir. Dans les autres cas, la rectification est faite sans information de l'assuré. Le taux global d'erreur était de 12,6 % en 1999, et dans environ la moitié des dossiers comportant une erreur, celle-ci est en défaveur de l'assuré. Cette procédure apparaît comme un bon moyen de concilier rapidité et fiabilité. Le risque est ici de mécontenter certains assurés, qui reçoivent une notification diminuant le montant de pension attribué initialement.

La liquidation provisoire, employée en principe dans les trois régimes, est également un moyen de concilier rapidité et fiabilité. Les groupes PRO-BTP et Taitbout développent pour leur part une approche privilégiant la rapidité, pour certains types de dossiers. Les décomptes faisant apparaître un nombre de points inférieur à un niveau déterminé par chaque institution ne font plus l'objet de contrôle. Le critère retenu est celui du moindre risque : compte tenu du niveau, le risque de léser l'assuré ou la caisse est limité. Si le contrôle était exhaustif, le redressement ne porterait en toute hypothèse que sur un montant très limité.

Dans ce cas, l'objectif de rapidité est donc clairement privilégié, pour des dossiers ciblés.

## Chapitre 3

# Une qualité du service inégale

**L**e service public a toujours eu pour objectif d'accueillir tous les usagers, de manière égalitaire et de leur offrir les prestations et services prévus par la législation.

Néanmoins l'ampleur tant quantitative que qualitative de la tâche a augmenté : les caisses d'allocations familiales ont vu leur nombre d'allocataires multiplié, les caisses primaires sont maintenant en charge des assurés du régime résident, soit à terme plus de 5 millions d'assurés à gérer et les ASSEDIC ont dû faire face non seulement à l'aggravation de la crise de l'emploi, mais aux missions nouvelles qui leur ont été confiées, notamment la gestion de la liste des demandeurs d'emploi. À cette augmentation en nombre, qui reste à venir pour certains organismes compte tenu du vieillissement démographique, il faut ajouter des prestations plus nombreuses, plus compliquées, davantage ciblées, des publics plus difficiles, du fait de leur fragilité.

C'est pourquoi les organismes qui ont mis en place une politique volontariste et systématisée d'accueil et de traitement des usagers, dans une approche qualité, ont réalisé d'importants progrès dans le traitement des usagers moyens, qui demeurent toutefois perfectibles.

## Un effort de qualité : l'exemple des ASSEDIC

Chargées de l'assurance chômage, créée par l'accord interprofessionnel du 31 décembre 1958, l'UNEDIC et les cinquante-deux ASSEDIC sont des associations gérées sur une base paritaire. Le recouvrement des cotisations et le versement des prestations constituaient jusqu'à fin 1996, leurs missions principales. En 1997, elles ont eu à prendre en charge l'inscription des demandeurs d'emploi, assurée précédemment par les agences locales pour l'emploi. Cette extension de leur champ de mission semble avoir produit des effets très positifs sur la relation des ASSEDIC avec leurs usagers : un réseau densifié et modernisé une gestion interne rénovée, des modalités d'accueil du public organisées selon des référentiels, constituent des progrès notables au regard des pratiques antérieures.

## Une politique nationale a été définie

### L'inscription des demandeurs d'emploi a entraîné un changement de cap pour les ASSEDIC

Le transfert de l'inscription a bouleversé les pratiques des ASSEDIC et profondément fait évoluer les modes d'accueil de ces institutions. Les ASSEDIC doivent désormais accueillir tous les demandeurs d'emploi dès le début de leurs démarches. L'un des effets du transfert de l'inscription a été de rendre systématique le dépôt de la demande d'allocation, puisque désormais inscription et demande d'allocation sont regroupées dans un document unique. Selon certaines études, cette obligation nouvelle aurait provoqué une augmentation de l'ordre de 1,5 % du nombre des allocataires, qui jusqu'alors n'effectuaient pas leurs demandes, croyant, à tort, ne pas pouvoir bénéficier d'une allocation chômage. Cette nouvelle compétence très exigeante - traitement et conclusion d'un dossier à l'accueil, qualité de l'accueil des personnes et personnalisation des demandes -, est désormais bien intégrée par les agents, qui jugent la démarche plus intéressante, tant pour eux-mêmes que pour les demandeurs d'emploi. La mission a constaté partout que cette situation nouvelle a conduit l'UNEDIC à impulser une véritable politique d'accueil et d'information du public, qui se traduit par des progrès incontestables.

Chacune des ASSEDIC est désormais invitée par l'UNEDIC à offrir aux demandeurs d'emploi les conditions d'accueil les mieux adaptées à leur situation et au motif de leur demande, en choisissant le meilleur mode de traitement : accueil physique, accueil téléphonique ou télématique, courriers, borne, minitel... De surcroît les ASSEDIC doivent, par convention, assurer à chaque demandeur d'emploi :

- un délai d'attente maximum de 30 minutes suivant la nature de sa demande ;
- une information claire dès l'inscription ;
- l'accélération du traitement des demandes d'allocation ;
- et la régularité du versement des indemnités...

Cette convention a aussi pour objectif d'accorder aux demandeurs d'emploi des garanties sur :

- la qualité de l'accueil ;
- les procédures relatives à l'instruction des demandes d'inscription et des demandes d'allocations ;
- le suivi des dossiers.

Et d'éviter tout risque d'arbitraire grâce à :

- la motivation des décisions ;
- la procédure de récupération des indus ;

- la liberté d'accès aux informations ;
- le traitement des demandes d'information et de contestation.

Ces règles essentielles, favorables aux usagers et aux services qui leur sont dus, sont précisées dans le règlement intérieur adopté le 7 janvier 1998, et entré en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 1998.

### **Un choix résolu en faveur des usagers**

Ce changement a été volontariste et systématique. Il s'appuie sur une stratégie nationale, applicable par toutes les ASSEDIC et des plans d'actions locaux conçus et réalisés par chacune.

La stratégie nationale est très formalisée, puisque quinze principes d'organisation recouvrent l'intégralité du champ d'action des ASSEDIC. La densité du réseau est établie en fonction de celle des demandeurs d'emploi, les sites sont polyvalents et assurent la fonction accueil mais aussi le traitement des dossiers. Un contrôle qualité assuré en interne et audité régulièrement permet de corriger les dysfonctionnements et d'impliquer les personnels dans une démarche qualité. Les fonctions assurées par les ASSEDIC ont été détaillées en référentiels, un niveau d'exigence correspondant à chaque rubrique. Ainsi l'accueil-traitement des allocataires exige que l'accueil des clients, physique ou téléphonique, soit le plus personnalisé possible, que toutes les questions concernant un client soient réglées au même endroit et au même moment. Le référentiel « conditions de travail » exige un lissage des flux, des délais, une harmonisation des normes immobilières. La mise en œuvre de cette stratégie a abouti à une forme de généralisation et d'homogénéisation des processus de travail de toutes les ASSEDIC.

Au niveau local, les différents sites du régime s'inscrivent donc dans cette dynamique et la déclinent en procédures. L'ASSEDIC de la Moselle, a mis en place cent vingt procédures et leur mode opératoire, accessible en temps réel, sur chaque poste de travail des agents pour « harmoniser et fiabiliser les pratiques professionnelles ». Cette démarche a été renforcée et relayée par la mise en œuvre au niveau local de plans d'actions, propres à chaque ASSEDIC. Le plan d'actions de l'organisme de Paris porte sur la qualité de service, et en est l'illustration. S'agissant de l'accueil physique, il prévoit ainsi que 90 % des demandeurs d'emploi doivent attendre moins de dix minutes au premier niveau, et moins de 30 minutes au deuxième niveau. Pour ce faire, il est demandé de systématiser une fonction pilote sur tous les sites dont la taille le justifie, de leur faire traiter 20 % des visites et d'analyser les visites sans valeur ajoutée. Des moyens sont affectés : pour le développement des outils télématiques, dix bornes devaient être installées en 2000 et pour renforcer les effectifs au niveau de l'accueil de 15 % en 2000. Le plan d'action traite, en outre, de l'amélioration de l'information et de l'orientation des demandeurs d'emploi, de l'accès et de la qualité du service téléphonique, et de la qualité du traitement.

## Cette politique a obtenu des résultats tangibles

### Des sites d'accueil polyvalents clairement définis

Ils sont le point d'entrée des demandeurs d'emploi et du traitement de toutes leurs questions. Chaque site est un lieu d'accueil du public, d'information individuelle et collective des demandeurs d'emploi, de traitement des dossiers jusqu'à la phase contentieuse, (le cas échéant) de relations avec les partenaires locaux, dans le respect des impératifs de qualité, de production et de sécurité. Ils doivent être proches des lieux d'habitation et facilement accessibles : l'ASSEDIC des hauts de France (Nord) garantit par exemple un temps de déplacement moyen -lieu d'habitation, site d'accueil- inférieur à 20 minutes. Ils sont ouverts tous les jours ouvrés (pas moins de 30 h par semaine) et comptent en moyenne cinq agents (pas moins de trois).

À Paris, l'inscription a entraîné une poussée très forte des points d'accueil, concentrés principalement là où sont les chômeurs, dans le quartier nord-est de la capitale, ce qui a parfois provoqué des réactions négatives du voisinage. À Lille, on compte trois types de sites recevant respectivement entre 120 et 250 visites par jour, de 60 à 120 et moins de 60. Chaque ASSEDIC vérifie régulièrement le niveau de conformité de ses sites par rapport aux référentiels fixés par l'UNEDIC. Les taux de conformité sont en général supérieurs à 50 %.

### Les sites sont inscrits dans des réseaux locaux

Les sites forment un réseau entre eux, favorisant la mutualisation et l'accroissement des performances. Il existe en général de dix à vingt sites par ASSEDIC. Font partie du réseau les sites d'accueil, les unités de traitement du courrier, les antennes, les permanences d'accueil en mairie ou autre lieux, les visio-guichets, tandis que les agences locales de l'emploi y collaborent.

### L'accueil et le traitement ont été diversifiés

L'UNEDIC a fixé des objectifs ambitieux dans ce domaine, évaluables grâce à des indicateurs précis fixés d'avance. 90 % des demandeurs d'emploi doivent être reçus en accueil premier niveau (accueil traitement rapide) dans un délai maximum de 10 minutes. Il s'agit des demandes simples sur les dossiers et la réglementation du régime.

Les résultats des huit sites visités sont dans l'ensemble proches des objectifs, et les dépassent fréquemment :

**Tableau 1 : Délai d'accueil premier et deuxième niveau**

Délai d'accueil	Délai d'accueil premier niveau		Délai d'accueil deuxième niveau	
	Objectif national en minutes	ASSEDIC locales en minutes	Objectif national en minutes	ASSEDIC locales en minutes
Oise et Somme (Amiens)	10	5	30	13
Val-de-Marne (Créteil)	10	6,59	30	21,33
Haut-de-France (Lille)	10	7	30	10
Région lyonnaise (Lyon)	10	6	30	15
Moselle (Metz)	10	5	30	14
Paris	10	16	30	20
Bretagne (Rennes)	10	12,2	30	17,6
Mid-Pyrénées (Toulouse)	10	8	30	19

Sources : ASSEDIC.

## Une diversification de l'accueil et du traitement est recherchée

### Les différents types d'accueil physique obéissent à des objectifs harmonisés

#### ▪ *L'accueil collectif*

Les ASSEDIC ont développé un accueil collectif qui a pour fonction d'anticiper et de lisser les flux de demandeurs d'emploi venant à l'accueil, en orientant une partie d'entre eux vers une information collective. Ces réunions durent environ 40 minutes, regroupent environ quinze personnes, sont animées par un agent de l'ASSEDIC à l'aide d'une cassette vidéo et permettent d'informer les demandeurs d'emploi sur le cadre institutionnel (ASSEDIC-ANPE – direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle), les procédures (inscription, actualisation, paiement, reprise d'emploi, accès à une formation), enfin les modes de contact les mieux adaptés à leurs besoins : visite sur place, téléphone, numéro d'appel gratuit, etc. Les réunions collectives sont soit généralistes, soit spécialisées (frontaliers, intermittents du spectacle, formation), et sont organisées avec ou sans rendez-vous. Elles permettent aussi de garantir le niveau et l'homogénéité de l'information donnée aux demandeurs d'emploi.

La mission a assisté à plusieurs d'entre elles et en retire les enseignements suivants :

- les agents sont motivés et appliqués pour accueillir les demandeurs d'emploi ;
- l'information diffusée sur le régime et les droits et devoirs généraux des demandeurs d'emplois présente un bon contenu « pédagogique » ;

- en revanche cette information reste insuffisante, car elle ne couvre pas l'ensemble des droits des personnes. À titre d'exemple, la CMU n'est jamais mentionnée dans les indications relatives à la protection sociale ;
- la participation est variable selon les groupes de demandeurs d'emploi (en général peu de questions posées publiquement).

La mission a pu se rendre compte que les points de vue étaient très contrastés sur l'accueil collectif. L'ASSEDIC de Paris en fait une démarche systématique au cœur même de son organisation, l'ASSEDIC Oise et Somme tend à le marginaliser, le jugeant insuffisamment opérationnel, l'ASSEDIC des Hauts-de-France et l'ASSEDIC du Val-de-Marne l'utilisent particulièrement en période haute (septembre à novembre, janvier et juillet) pour tenir compte de flux d'inscription (à Lille 2 500 à 5 000 par semaine selon les périodes). L'ASSEDIC de Bretagne y est opposée, car les publics ne sont pas homogènes et la plupart d'entre eux demandent un entretien individuel à l'issue de la réunion collective.

Cette information sur site est complétée par une communication par voie d'affichage sur le site, de distribution de documents, de campagne d'affichage hors site, de messages joints aux attestations à remplir par les employeurs etc.

#### ▪ *L'accueil individuel*

Les demandeurs d'emploi sont orientés dès leur arrivée par un pilote ou une signalétique vers un point d'accueil.

L'agent chargé de ce premier accueil assure :

- l'orientation du demandeur d'emploi à l'intérieur des sites (files d'attente, incitation à l'usage des outils télématiques) ou à l'extérieur du site notamment vers le centre communal d'action sociale et l'ANPE ;
- la promotion des outils télématiques (serveur vocal interactif, bornes, mini-tel, internet...) et des services d'accueil téléphonique ;
- la réponse à des questions simples relatives aux circuits et aux procédures ;
- la remise de formulaires, tels que les avis de changement de situation, que l'agent récupère souvent une fois remplis ;
- la remise de notices d'information adaptées à la demande du visiteur.

Tous les traitements qui peuvent être effectués sans mobiliser un agent sont orientés vers les services « Unidialog » (attestations, informations générales, actualisation, information sur le compte).

Des bornes sont installées sur site ou hors site. Elles permettent de soulager l'accueil d'une partie des visites liées aux demandes simples et répétitives (demandes d'attestations, information sur compte, etc.). Il existe des pointes d'activité selon les saisons (janvier-juillet, septembre-octobre) et dans le mois : (début du mois avec le cumul du traitement de l'actualisation et du flux normal d'inscriptions – instruction des demandes d'allocation). L'UNEDIC a éla-

boré un outil d'organisation qui indique aux agents quelle activité ils doivent effectuer en priorité selon les flux, normal, fort, exceptionnel. En flux exceptionnel toutes les ressources sont mobilisées à l'accueil et les traitements sont traités hors accueil. En contrepartie le taux d'accueil traitement est temporairement dégradé. Les critères de basculement entre ces trois états sont déterminés par le temps d'attente au premier et au deuxième niveau (critère national de 7 minutes et 20 minutes) et le nombre de demandeurs d'emploi en attente (critère spécifique à chaque site).

#### ▪ **L'accueil/traitement téléphonique**

L'extension de l'accueil physique à l'accueil téléphonique, grâce à un numéro unique, a pour fonction d'orienter les premiers appels par un serveur vocal interactif, dont la mission a vérifié, sur le terrain, qu'il n'entraînait pas de perturbations majeures chez les usagers, qui vont dans l'ensemble jusqu'au bout de la procédure. Il s'agit d'inviter les usagers à utiliser, chaque fois que cela est possible, « Unidialog ». C'est aussi la possibilité pour les usagers de trouver rapidement les informations de base essentielles dont ils ont immédiatement besoin.

Ainsi l'ASSEDIC des Hauts-de-France a-t-elle développé depuis trois ans une plate forme téléphonique (numéro Azur) qui permet aux demandeurs d'emploi de connaître les coordonnées (adresse, accès, horaire) de leur antenne de rattachement, de s'informer des pièces à fournir, et de prendre rendez-vous pour une première visite. La visite n'est alors plus subie, puisque le demandeur d'emploi est attendu. La communication sur ce numéro Azur est réalisée dans les points d'accueil de l'ASSEDIC, mais aussi par l'ANPE, les mairies et la presse locale. Il est possible d'effectuer une très grande partie des traitements hormis la première inscription par téléphone. Il est également possible de se faire expliquer certains paiements. Enfin, les informations d'ordre général et particulier sont disponibles pour les demandeurs d'emploi comme pour les employeurs (contributions, conventions de conversion, pré-retraites, ARPE, ACA). La mission a pu vérifier que le traitement par téléphone apportait aux usagers des réponses rapides et, en tout état de cause, de même qualité que les services fournis par l'accueil physique, le déplacement en moins, pour un taux d'aboutissement très élevé, proche de 90 % des appels.

## **La démarche des ASSEDIC obéit à des procédures systématisées**

Cette question fait l'objet d'un engagement fort du régime, dont on trouve l'expression concrète sur le terrain sous la forme de contrat qualité, la plupart du temps mis en œuvre depuis 1996 (Val-de-Marne, Moselle, Paris, Bretagne...).

La qualité repose sur une offre de services aux demandeurs d'emploi, claire, fondée sur les prestations (instruction, inscription, actualisation, paiement...), sur l'accueil et l'information (individuel ou collectif en présence des demandeurs d'emploi, l'accueil-téléphonique, le traitement courrier, le service télématique...).

Le contrat qualité, défini par l'UNEDIC concerne :

- la maîtrise des délais d'attente et d'accueil-traitement ;
- la fiabilité et la ponctualité des paiements ;
- le respect des délais de notification des droits ;
- la qualité de l'accueil téléphonique.

### **L'inscription des demandeurs d'emploi doit être immédiate**

L'inscription doit être immédiate si le dossier est complet. Si des pièces manquent, l'agent d'accueil doit donner au demandeur d'emploi une idée claire de sa situation au regard de l'assurance chômage, notamment en lui communiquant, soit une liste écrite des pièces complémentaires à fournir, soit une notification de décision, soit le délai dans lequel il recevra sa notification de décision. La possibilité doit être offerte à tous les demandeurs d'emploi de s'identifier par téléphone pour s'inscrire. L'instruction et la liquidation des demandes d'allocation doivent être traitées sur place. 90 % des demandes d'allocation déposées à l'accueil doivent être traitées lors de l'inscription en présence du demandeur d'emploi (remise d'une demande de pièce complémentaire (DPC), d'une notification ou d'une décision motivée et informée).

Dans le Val-de-Marne (juin 2000), 92 % des dossiers sont traités immédiatement. La plate-forme téléphonique doit répondre très largement aux appels. À Lille, plus de 90 % des demandeurs d'emploi qui s'adressent à elle, voient leur situation traitée immédiatement, 90 % des demandes d'allocation complètes sont notifiées dans les cinq jours. Dans le Val-de-Marne, la décision est immédiate pour 88 % des cas.

### **Le paiement de l'allocation doit être effectué dans des délais précis**

Tous les demandeurs d'emploi en situation actualisée avant le cinquième jour ouvré du mois doivent être payés au plus tard le septième jour ouvré du mois, (sixième jour dans le Val-de-Marne). Cet objectif est atteint dans plus de 75 % des cas. Les demandeurs d'emploi ayant actualisé leur situation après cette date sont payés cinq jours ouvrés plus tard. En cas de déménagement, la continuité du paiement est assurée (notification de la reprise des droits dans un délai de cinq jours suivant la date d'enregistrement de l'inscription du demandeur d'emploi dans l'institution du nouveau domicile). Sur ce point cependant, les écarts sont sensibles entre les ASSEDIC.

Le transfert des dossiers demeure un point faible. La mise en place récente de correspondants en charge de cette question, devrait permettre des progrès sensibles.

### **L'information et la communication sont développées**

L'information et le conseil donnés à chaque demandeur d'emploi portent sur :

- les dates de paiement des allocations ;
- les notices qui doivent être présentées par l'agent et expliquées aux demandeurs d'emploi ;
- les rôles respectifs de l'ASSEDIC, de l'ANPE, de la DDTEFP, de la CAF et de la CPAM ;
- la possibilité pour tous les demandeurs d'emploi de connaître leur situation actualisée en utilisant les outils télématiques.

Les constats effectués sur le terrain montrent que les efforts d'information sont réels, en qualité et en quantité. Les outils et les supports développés sont nombreux et performants. Les outils télématiques « Visiodialog », « Unidialog » permettent aux demandeurs d'emploi de traiter eux-mêmes nombre de démarches, sont utilisés par 35 % des allocataires, pour actualiser leur situation. Mais il subsiste un volant important de personnes qui ne comprennent pas ce qu'elles doivent faire, comme l'illustre la lettre de Madame Jessica B. :

*« Monsieur,*

*Ayant reçu comme tous les mois ma déclaration de situation mensuelle, j'ai quelques difficultés à la compléter.*

*En effet, enceinte depuis la fin novembre 1999, je suis à ma dix huitième semaine de grossesse et j'ai lu dans certains magazines qu'à partir de la seizième semaine et jusqu'à la trente sixième semaine de grossesse une personne étant au chômage, ce qui est mon cas, était prise en charge par la sécurité sociale qui versera des indemnités journalières et que l'ASSEDIC interrompt le versement pendant cette période.*

*Mais n'étant pas en congé maternité encore, je ne sais pas quelle case noir-cir sur ma déclaration car dans ces magazines ils m'indiquent de cocher la case " je suis en arrêt maladie/maternité " donc j'hésite à cocher la case " ce mois-ci avez-vous été en arrêt maladie " car les dates vont s'étaler sur plusieurs mois s'il faut que je compte de la seizième à la quarante-sixième semaine ? cela correspondrait du 17 mars au 13 octobre 2000. Si vous pouvez m'aider ?*

*C'est pareil sur la carte on me demande si je cherche toujours un emploi, étant enceinte je ne peux pas accepter de long contrat de travail que de petites durées comme en intérim, donc je ne sais pas ce que je dois cocher.*

*Je vous renvoie pas la carte remplie incomplètement n'ayant pas d'éléments pour le faire correctement.*

*Veuillez agréer, Monsieur... »*

## Il doit être répondu à toutes les réclamations

Courriers, téléphone, accueil doivent entraîner de manière systématique une réponse de qualité sous sept jours pour 80 % des cas, sous quatorze jours pour 20 % des cas. La rigueur en la matière est le plus sûr moyen d'ajustement des réponses aux attentes des usagers.

Cet objectif est respecté de la manière suivante par les organismes visités :

Tableau 2 : Délai de réponse aux réclamations

Délai/jours	< 7 jours	7 à 13 jours	>13 jours
ASSEDIC %			
Oise et Somme (Amiens)	60 %	29,3 %	10,77 %
Haut-de-France (Lille)	11 %	19 %	70 %
Région lyonnaise (Lyon)	92 %	8 %	0 %
Moselle (Metz)	77,7 %	17,6 %	4,70 %
Paris	23 %	32 %	16 %
Bretagne (Rennes)	51,7 %	24,4 %	23,9 %
Midi-Pyrénées (Toulouse)	35,35 %	28,31 %	32,73 %
Val-de-Marne (Créteil)	77 %	Non dispo.	Non dispo.

## L'évaluation est un facteur décisif d'amélioration

### La mission nationale « stratégie de service » de l'UNEDIC a dressé un premier état des lieux.

Le service de l'UNEDIC mène actuellement une réflexion, dont l'objectif est de dresser un état des lieux concret des pratiques en matière d'informations, réclamations et contestations. « Un comité d'écoute » chargé d'une réflexion sur les retombées, le suivi et l'analyse des réclamations, contribue ainsi à rechercher les voies et moyens de nature à favoriser l'amélioration de la qualité au regard de l'évolution des attentes des « clients » du régime.

D'ores et déjà on peut tirer une première conclusion de ce travail :

- le contrat qualité a constitué un « déclic » pour la branche ;
- l'information et le traitement des réclamations sont au cœur du développement d'une culture « clients ».

En revanche, il apparaît que chaque institution a développé ses propres modes de traitement, tandis que l'accueil physique et téléphonique n'est pas assuré dans des conditions aussi satisfaisantes que le service « information et réclamations ». Ainsi, le « comité d'écoute » pourrait être saisi de situations qui dépassent la seule analyse des temps de réponse pour appréhender des questions

plus qualitatives. Certaines situations, font état pour des usagers de maladroites graves de la part de l'institution, dont témoigne le courrier de Mlle Sandra C :

*« On m'a envoyé une demande de fonds de solidarité sans aucune confidentialité en gros caractère juste sous mon nom. Le facteur et le gardien n'ont pas à connaître mes difficultés. Même les demandeurs d'emploi ont une dignité, j'en ai pleuré, même aux ASSEDIC !... ».*

### **Les outils d'évaluation interne permettent de dépasser le seul stade de l'appréciation subjective et de mesurer des performances**

À Metz, l'ASSEDIC mesure régulièrement les performances du contrat qualité, dans le cadre de la certification ISO 9002, grâce à l'action de dix-huit « auditeurs qualité ».

D'ores et déjà plusieurs ASSEDIC organisent des audits qualité interne ; c'est le cas de la Moselle, qui entend ainsi chaque mois, « *s'assurer de la pertinence et de l'efficacité du système qualité* ». L'ASSEDIC de la Moselle complète son dispositif d'observations et d'analyses de qualité par des fiches de suggestion ou d'anomalie mises à la disposition des agents qui ainsi peuvent formuler des propositions ou signaler des dysfonctionnements. Entre le 1<sup>er</sup> octobre 1998 et le 6 juillet 2000, 316 fiches ont été émises, concernant plus de 70 thèmes. À l'ASSEDIC Oise et Somme, l'évaluation interne est faite par le biais d'un indicateur de la fonction allocataire, par l'analyse du reste à traiter et par l'analyse des tableaux de bord (motifs des visites, délai d'attente, statistiques des bornes...). À l'ASSEDIC du Val-de-Marne, elle est effectuée au travers de tableaux de bord de contrôle interne et des tableaux de bords propres à l'ASSEDIC. La mission a noté un réel souci d'information des usagers et du traitement de leurs questions dans une démarche qualité contrôlée. L'action des agents est très professionnelle, supervisée par des cadres, bien formés au management moderne. Elle s'appuie sur une réelle motivation des personnels, soucieux d'accomplir avec rigueur cette nouvelle fonction.

### **Les enquêtes d'opinion auprès des usagers sont un instrument à exploiter**

Les enquêtes d'opinion, pratiquées dans la plupart des ASSEDIC visitées, montrent dans l'ensemble des résultats satisfaisants, mais aussi des marges de progression sensibles.

- **Les usagers apprécient la qualité du service**

L'ASSEDIC des Hauts-de-France (par exemple) a fait étudier par un institut de sondage (échantillon de 1 003 demandeurs d'emplois ; mars 1999) la qualité de ses services, tels qu'ils étaient perçus par les allocataires ; satisfaction globale, attentes, priorités d'actions. Les résultats sont largement positifs, même s'ils montrent que de nets progrès sont encore possibles.

Le niveau de satisfaction sur la qualité de l'information se présente comme suit :

- droits : 77 % ;
- obligations envers l'ASSEDIC : 95 % ;
- possibilités offertes par l'ASSEDIC : 79 % ;
- rôle respectif de l'ASSEDIC et l'ANPE : 92 %.

S'agissant du temps d'attente, la valeur moyenne, de bonne qualité, masque d'importants écarts dans ce domaine pour certaines agences (notamment la région du Littoral : 46 % des usagers ont attendu plus de 20 minutes). Le temps de trajet du domicile à l'agence, (moins d'un quart d'heure pour 70 % des demandeurs d'emploi), est jugé satisfaisant.

L'ASSEDIC de la Moselle a fait réaliser une évaluation de la qualité des services en juin 1999 par un institut spécialisé sur un échantillon représentatif de 680 allocataires :

- neuf allocataires sur dix reconnaissent les compétences professionnelles des agents ;
- neuf allocataires sur dix sont satisfaits du service global, à des degrés variables (selon les sujets : un allocataire sur deux reproche un temps d'attente en antenne trop important) ;
- un peu plus du quart des allocataires jugent les relations avec l'agent comme insuffisamment personnalisées, tandis que près du tiers des allocataires s'estiment considérés comme un « simple dossier ».

L'ASSEDIC de Paris mène régulièrement une « enquête consommateur » dans le but d'améliorer les services. Ces enquêtes permettent de tirer des enseignements précis quant aux attentes des usagers qui réclament davantage de considération, un service plus global et continu de l'ASSEDIC, de la sortie de l'entreprise au nouvel emploi, enfin, un accompagnement plus soutenu sur le marché du travail (nouveaux métiers, formations...). Plus généralement les demandeurs d'emploi refusent de « circuler » d'un point à un autre (ASSEDIC/ANPE, mission locale, centres de formation...).

Quel que soit le caractère empirique et parfois discutable de ces études, elles n'en fournissent pas moins des indications précieuses pour les organismes.

#### ▪ *Des marges de progression, par comparaison avec d'autres entreprises de service*

Dans la logique du « langage marketing » des ASSEDIC, on peut émettre l'idée qu'il faut faire plus et mieux pour les usagers « clients » et avoir une démarche plus « commerciale » vers les demandeurs d'emploi. Ce point est fortement soutenu par l'ASSEDIC Oise et Somme et l'ASSEDIC de Paris, qui estiment leurs résultats très insuffisants s'ils sont rapprochés des résultats moyens d'entreprises de services de l'économie classique. L'ASSEDIC de Paris évoque dans une récente publication (février 2000) « *une qualité de service très*

*moyenne, sur la voie de l'amélioration, mais qui reste en décalage avec la réalité économique* ». Elle constate, à travers une enquête quantitative auprès d'allocataires parisiens et d'agents ASSEDIC, une qualité de service « *très moyenne* ».

## Une difficulté générale à traiter les usagers les plus fragiles

**Dans les ASSEDIC,  
les pratiques sont insuffisamment orientées  
vers la prise en compte des publics les plus sensibles**

**L'identification des « zones à risques »  
n'est pas systématiquement organisée**

Des « zones à risques » existent et sont autant de difficultés à surmonter, pour que l'accès au droit soit effectif pour tous. L'ASSEDIC de Bretagne estime qu'il n'y a pas de « trou dans le dispositif », car il n'y a pas d'écart entre le dépôt du dossier et l'inscription (80 % des cas sont immédiatement traités à l'accueil), le maillage des acteurs étant dense. Certains publics, exerçant une activité, bénéficiaires de allocation spéciale de solidarité, salariés des entreprises de travail temporaires, éprouvent néanmoins des difficultés particulières. L'absence de relais est fortement ressentie par l'ASSEDIC Oise et Somme, qui ne se sent pas la capacité de répondre seule à la question de la prise en charge de certains publics. Cela suppose que l'ASSEDIC assure la formation de l'agent du CCAS, affecte certains agents dans les CAF, et définisse des liens contractuels, étroits et opérationnels, aujourd'hui quasi-inexistants avec les associations, seules susceptibles de traiter en amont les cas sociaux. L'ASSEDIC de Paris émet les messages standards, applique strictement les référentiels nationaux mais reconnaît, dans le même temps, ne pas savoir bien accueillir les plus démunis et les exclus. C'est, du point de vue de l'ASSEDIC, le rôle essentiel des associations d'action sociale. L'ASSEDIC reconnaît, au demeurant, ne pas avoir fait les efforts suffisants dans cette voie et inscrire cette préoccupation dans un réel partenariat contractualisé.

Or ces zones à risques existent ; elles concernent certains publics, l'accès à certaines prestations et le traitement de situations particulières.

### ▪ *L'approche « publics »*

Les ASSEDIC ont à faire à trois types de publics, nécessitant des réponses différentes :

- les demandeurs d'emploi, en situation de perte d'emploi, mais qui relèvent d'une démarche qualité (certification qualité de type ISO), proche d'une approche « clientèle » ;
- les publics sensibles, catégories habituelles du champ social, qui relèvent d'abord des CCAS, ou des associations caritatives qui doivent les accompagner en amont des guichets ;
- les personnes en errance qui n'entrent dans aucun des cadres connus, et qui ont néanmoins des droits, sans qu'ils puissent y accéder (jeunes, SDF...). Il y a aussi beaucoup de difficultés à informer les personnes bénéficiaires du RMI non inscrites à l'ASSEDIC (60 % dans le Val-de-Marne). Certaines ASSEDIC attestent, par exemple, dans le Val-de-Marne, être en butte aux problèmes d'illettrisme et d'analphabétisme, face à des personnes qui ont du mal à comprendre ce qui leur est dit et reviennent à plusieurs reprises.

Certains bénéficiaires sont particulièrement isolés et éloignés des services, ce qui conduit l'ASSEDIC à solliciter les services sociaux. Il s'agit aussi des populations étrangères, comprenant ou parlant difficilement le français, des jeunes en difficulté n'ayant pas d'expérience et de certains saisonniers ou intermittents. S'agissant des étrangers en situation régulière, la mission a pu constater qu'ils viennent souvent accompagnés. Pour eux, la question essentielle est celle de la constitution du dossier et de sa bonne compréhension, comme l'indique l'exemple suivant :

*« Monsieur le directeur,*

*J'ai reçu la visite de M. R. demeurant à Forbach (57 600). Malgré les difficultés qu'il éprouve pour s'exprimer en langue française, l'intéressé m'a fait comprendre qu'il conteste le montant des allocations qui lui ont été allouées.*

*L'intéressé a travaillé :*

- *du 18 mars 1998 au 12 mars 1999 à l'entreprise D à ..... Cette entreprise est maintenant en liquidation judiciaire. Au cours des six derniers mois, il n'aurait pas reçu de salaire ;*
- *du 12 mars au 2 octobre 1999 auprès de la société d'intérim X.*

*Or, selon lui, on ne s'est basé que sur la moyenne des salaires reçu à l'entreprise D, sans tenir compte de la période où il a travaillé à la société X.*

*Il m'a remis des photocopies de ses bulletins de salaire pour appuyer ses dires.*

*Afin d'être en mesure de renseigner l'intéressé, je vous saurais gré de bien vouloir me faire connaître si la situation a bien été étudiée au regard de ses droits.*

*En vous remerciant par avance, je vous prie d'agréer, Monsieur le directeur... »*

Certaines ASSEDIC éditent des notices spécifiques pour les personnes comprenant mal le français et leurs offrent un accueil adapté (entretien particulier). C'est le cas à Toulouse, par exemple. Quant aux demandeurs d'asile, l'ASSEDIC de Paris est inscrite dans un partenariat étroit avec le réseau associatif « France migrants » pour la constitution de leur dossier.

▪ **L'approche « prestations »**

Dans le cadre des textes applicables lors des investigations de l'IGAS, les ASSEDIC versent de multiples prestations : allocations chômage du régime d'assurance (AUD) et du régime de solidarité (AI, ASS) allocation d'insertion spéciale solidarité (ASA) ; allocation spécifique de conversion (ASC) ; allocations de formation, financées par le régime d'assurance chômage (AFR) ou par l'État ; mesures particulières pour les 50 ans ou plus (dont préretraites Fonds national de l'emploi (FNE)) ; mesures actives pour l'emploi (dont ARPE)... Ces prestations sont régies par des réglementations spécifiques, parfois très complexes, dont l'application se révèle souvent délicate, ce qui explique le règlement en équité de certains litiges, notamment après intervention du médiateur de la République ou de ses délégués. Bien que ces difficultés soient concentrées sur quelques sujets, elles ne font pas l'objet, au vu des investigations de la mission dans les sites visités, d'un repérage et d'une prévention particuliers, à partir de l'analyse des réclamations, par exemple. Sans viser à l'exhaustivité, et pour s'en tenir à la principale prestation, à savoir l'allocation unique dégressive (AUD), l'accès aux droits pose problème sur le plan de l'application, soit du « règlement général », soit des treize « règlements particuliers » associés à certaines spécificités professionnelles. Le règlement général pose six conditions à l'attribution de l'AUD : avoir travaillé durant au moins quatre mois dans les huit derniers mois (122 jours) ; ne pas avoir quitté volontairement le dernier emploi ; être inscrit comme demandeur d'emploi et être à la recherche active d'un emploi ; être physiquement apte à l'exercice d'un emploi ; ne pas être chômeur saisonnier ; enfin, être âgé de moins de 60 ans. Les règlements particuliers contiennent certaines dispositions spécifiques.

Plusieurs facteurs peuvent en l'occurrence rendre malaisé l'accès aux droits :

- La détermination des périodes de travail antérieures à la cessation du contrat de travail

Les pièces justificatives, notamment sous forme d'attestations employeurs, permettent de calculer les droits dans leur montant et dans leur durée et de déterminer l'application éventuelle d'un délai de carence. Elles sont parfois malaisées à obtenir, en particulier en cas d'employeurs multiples et individuels donnant du travail à domicile sans tenir de comptabilité, comme le montre par exemple cette réclamation de Madame Marinette M. : « *J'ai actuellement un litige avec les ASSEDIC... qui, sans me prévenir, m'ont suspendu mes paiements, sous le prétexte que je n'avais pas fourni de contrat de travail écrit. Or, je n'en ai pas besoin : je travaille chez trois personnes qui paient par chèque employoi-*

*service, je fais moins de 8 heures par semaine chez chacune, donc pas besoin de contrat écrit... ».* Cette situation est d'autant moins acceptable que le développement de la formule du chèque emploi-service a été largement encouragée par les pouvoirs publics.

– Le cas des travailleurs intermittents et temporaires

Des risques importants existent en termes d'interruption du versement des allocations, ou de difficultés de calcul entraînant des trop versés suivis de demandes de reversement, du fait que les justifications demandées sont quelquefois communiquées avec retard par certaines entreprises de travail temporaire. Il arrive ainsi que l'ASSEDIC effectue un paiement provisoire, sur la base du contrat de mission initial, et régularise la situation de l'intéressé à réception du bulletin de salaire. Madame Bénédicte S. fait part de sa situation personnelle, qui illustre notamment les difficultés des personnes inscrites sous le régime intérimaire ou intermittent : *« Je suis stupéfaite des problèmes d'organisation, des lenteurs et des retombées que cela peut avoir. Cela me paraît plus particulièrement évident pour les personnes qui, comme moi, sont inscrites sous le régime intérimaire ou intermittent. En l'espace de moins d'un an, j'ai du rembourser des sommes, certes trop perçues, mais ceci du fait du retard d'enregistrement des données (feuilles de paye, attestation...) ou du retard dans le réexamen du dossier ».*

– La combinaison du droit à l'AUD et de l'exercice « d'activités réduites »

Sont considérées comme étant en activité réduite les personnes qui exercent une activité mensuelle n'excédant pas 136 heures par mois, avec une rémunération n'excédant pas 70 % de l'ancien salaire brut mensuel. Le dispositif « ARAC » (activité réduite/allocation chômage) offre aux allocataires exerçant une activité réduite ou occasionnelle la possibilité de bénéficier d'un cumul partiel salaire/allocations pendant un certain temps. Cette réglementation est complexe et mal comprise : alors qu'elle est présentée comme une stabilisation et une prolongation des droits, elle est souvent perçue par l'utilisateur comme une mesure restrictive de droit à l'allocation. La lettre de Mademoiselle Marie-Laure B. sur ce sujet, montre assez clairement les difficultés de compréhension des textes en vigueur pour certains usagers.

*« Madame la ministre,*

*Par le présent courrier, je souhaite vous faire part de mon désarroi, sinon de ma rancœur dans le domaine de l'indemnisation par les ASSEDIC.*

*Après avoir rompu, non par plaisir, mon contrat de travail, le 30 juin 1998 après un mois de reprise d'activité, suite à un congé parental de trois ans, (voilà une bonne mesure pour les mamans, mais que trop de « petits employeurs » font « payer » très cher à leurs employés), je me suis inscrite à l'ANPE en juillet 1998 espérant retrouver un emploi avec de meilleures conditions.*

*J'ai fait la bêtise de ne pas attendre les quatre mois de carence pour être indemnisée. J'ai créé mon entreprise de soins esthétiques à domicile au 1<sup>er</sup> sep-*

tembre 1998 avec un prêt bancaire. N'ayant perçu aucune allocation de chômage, toute aide de l'État m'a été refusée.

Les charges dès les premiers mois d'activité se sont relevées importantes. Une petite clientèle m'a permis de les honorer tant bien que mal. Cependant au 8 novembre 1999 j'ai demandé ma radiation au Registre des métiers, ne pouvant plus assumer ces charges que j'ai dû régler jusqu'au 31 décembre 1999, puisque tout trimestre commencé est dû.

J'ai alors sollicité mon inscription à l'ANPE le 6 décembre 1999, les ASSEDIC de Bourgogne m'adressent le courrier ci-joint, me notifiant un refus catégorique à toute indemnisation en précisant que je devais m'inscrire comme demandeur d'emploi dans un délai de douze mois suivant ma fin de contrat de travail. Ceci a pourtant bien été mon cas puisque je me suis inscrite en juillet 1998.

Suite à ma réclamation, l'antenne des ASSEDIC me fait constituer un dossier que je remets complet le 28 décembre 1999 me laissant entendre que mon dossier leur pose problème, que je suis un cas exceptionnel... mais qu'il sera examiné en commission paritaire.

C'est alors que le 12 janvier 2000, je reçois un nouveau courrier (copie ci-jointe). Si je comprends bien j'aurais pu prétendre à une indemnisation seulement si un refus m'avait été notifié lors de ma première inscription en 1998. Je précise qu'à cette période, je n'ai pas pu obtenir l'attestation de mon employeur. La décision est sans appel mon dossier ne pouvant même pas être soumis à la commission paritaire. À quoi sert cette instance si ce n'est pour examiner des cas exceptionnels ?

*Que de subtilités de la part du législateur !!!*

*Bien entendu, dans les services de l'ANPE ou des ASSEDIC personne ne vous met en garde sur les conséquences éventuelles de vos démarches ».*

Cette inadaptation de la réglementation a d'ailleurs des effets pervers : elle décourage certains demandeurs d'emploi de reprendre un emploi à temps partiel, de peur de perdre des droits ; elle en incite d'autres à oublier de déclarer leurs reprises de travail et contribue ainsi à l'accroissement du travail au noir.

– La démission

Les personnes ayant quitté leur emploi volontairement ne peuvent être prises en charge par l'ASSEDIC, sauf si elles ont démissionné pour un motif prévu par le règlement du régime : démission pour changement de résidence, ou démission à la suite du non paiement des salaires, notamment. Une mauvaise compréhension de ces règles peut avoir des conséquences extrêmement préjudiciables pour l'usager, comme le montre le cas, cité par l'ASSEDIC de Bretagne, de l'épouse ayant démissionné de son emploi pour suivre son conjoint partant à la retraite, alors que ce cas n'entre pas dans les hypothèses ouvrant droit à allocations.

▪ **L'approche « situations »**

La détection des risques de rupture de droit, à l'occasion notamment des changements de situation des allocataires, apparaît diversement organisée. Certaines situations courantes, telles que le passage de l'AUD à l'ASS, sont codifiées et dans l'ensemble correctement gérées. Cependant certains mécanismes sont moins bien maîtrisés, ou sont en eux-mêmes porteurs de risques de précarisation.

– Le passage de l'AUD à l'ASS

L'ASS (régime de solidarité financé par l'État) peut prendre le relais de l'AUD (régime d'assurance financé par le régime d'assurance chômage) lorsque l'allocataire remplit deux conditions : ne pas dépasser un plafond de ressources mensuelles fixé à 5 885 francs pour une personne seule et à 9 248 francs pour un couple en janvier 2001 ; justifier de cinq ans d'activité dans les dix ans précédant la fin du contrat de travail qui a permis l'ouverture de l'AUD (article R. 351-13 du Code du travail). Selon la procédure prévue, l'ASSEDIC envoie à l'intéressé, deux mois avant la fin d'indemnisation en AUD, un imprimé de demande d'ASS, portant la mention suivante : « *Vous avez atteint ou vous allez atteindre le terme de vos droits en allocations de l'Assurance chômage - Si vous êtes inscrit comme demandeur d'emploi, remplissez la demande et adressez-la à l'ASSEDIC de votre domicile* ». Outre les renseignements d'identité, le demandeur est invité à indiquer son activité professionnelle antérieure, en joignant une photocopie des certificats de travail correspondant aux dix dernières années, ainsi que ses ressources, en joignant son dernier avis d'imposition. Une notice explicative d'une page accompagne, dans certaines ASSEDIC, l'envoi de ce formulaire<sup>28</sup>. Ainsi, le risque de rupture de versement des allocations n'existe que si l'ASSEDIC n'envoie pas le formulaire de demande avec un délai suffisant, ou si l'allocataire ne retourne pas rapidement le dossier rempli à l'ASSEDIC. Par mesure de simplification administrative, il serait possible d'éviter de demander au demandeur d'emploi de produire à nouveau copie de ses certificats de travail antérieurs, lorsqu'il les a déjà communiqués pour l'ouverture des droits en AUD. Dans le cadre du contrôle *a posteriori* des actions effectuées par les ASSEDIC, il leur est demandé de s'assurer de l'exhaustivité de l'envoi des demandes d'ASS, en comparant le nombre de formulaires envoyés à celui des fins de droit enregistré.

– Des mécanismes porteurs de risques de précarisation

Certains principes de fonctionnement du régime d'indemnisation sont particulièrement contre productifs à l'égard de l'objectif de retour à l'emploi des chômeurs qui cumulent les difficultés de tous ordres, sans pour autant permettre la continuité de leurs revenus et de leurs droits :

- la dégressivité de l'allocation accentue les effets de seuil, tant il est difficile et complexe de compenser son impact sur le niveau de ressources en sollicitant d'autres minima sociaux en temps réel et sans recourir à un tiers ;

- le maintien ou la reprise d’activité salariée occasionne un surcroît de déclaration et de justification pour les demandeurs d’emploi indemnisés, sans leur apporter en retour les compensations susceptibles de les encourager dans cette démarche ;
- les règles censées garantir l’effectivité des recherches réalisées par les demandeurs d’emploi, sous peine d’interruption de leur indemnisation, manquent de cohérence ; par exemple, la fausse déclaration est placée au même niveau de sanction que le refus, certes illégitime, de suivre une action de formation ou d’insertion. Dans le même règlement, il est prévu que l’accès à une formation non rémunérée d’une durée de plus de 40 heures suspend l’indemnisation.

### **La réponse apportée aux problèmes particuliers des populations les plus fragiles est incomplète**

Souvent exemplaires dans le traitement des demandeurs d’emploi intégrés dans la société, les ASSEDIC éprouvent des difficultés à prendre en charge les populations les plus fragiles, appartenant à des groupes spécifiques, gravement isolées ou désocialisées. Sans doute, des initiatives intéressantes, bien que trop fragmentaires, ont été prises ici ou là pour accompagner certaines catégories particulières, en partenariat avec des institutions spécialisées. Cependant d’importantes lacunes demeurent.

#### **▪ Quelques initiatives intéressantes mais trop isolées**

La mission a relevé plusieurs actions partenariales destinées à faciliter l’accès aux droits de certains publics spécifiques. Deux exemples, intéressant des personnes pouvant bénéficier de l’allocation d’insertion, si elles n’ont pas suffisamment travaillé pour s’ouvrir des droits à indemnisation, méritent à cet égard d’être mentionnés.

#### **– Les détenus libérés après deux mois ou plus de détention**

En application de l’article R. 351-9 du Code du travail, ces détenus peuvent prétendre au bénéfice de l’AI, sous réserve de la production d’un certificat établi par l’administration pénitentiaire. Plusieurs ASSEDIC participent, avec d’autres institutions dont les CPAM, aux « journées d’information de la préparation à la sortie des détenus » organisées par cette administration. Ainsi l’ASSEDIC d’Oise et Somme était représentée à la journée du 10 février 2000 à la maison d’arrêt d’Amiens. Lors de la réunion collective du matin, vingt-cinq des quarante détenus présents ont souhaité avoir un entretien individuel avec un professionnel de l’ASSEDIC, qui a eu lieu dans l’après-midi. De son côté, l’ASSEDIC des Hauts-de-France a cherché à renforcer l’efficacité de sa coopération : en particulier, l’antenne du Douaisis, en liaison avec le service d’insertion et de probation de la maison d’arrêt de Douai, procède au repérage des détenus libérables figurant déjà au fichier de l’ASSEDIC. Si leur situation

ne correspond pas à celle de leur historique, l'actualisation est rectifiée ; la connaissance précise de la date d'incarcération permet, dans certains cas, d'éviter les paiements injustifiés générant de futures réclamations d'indus. S'il existe un reliquat de droit ou un droit potentiel, l'historique du dossier est imprimé afin d'être porté à la connaissance du détenu lors de l'entretien individuel. De même, l'ASSEDIC du Val-de-Marne, en liaison avec l'ANPE, coopère-t-elle avec la maison d'arrêt de Fresnes.

– Les réfugiés demandeurs d'asile

Les réfugiés ayant demandé l'asile politique ou ayant obtenu le statut de réfugié auprès de l'OFPPA peuvent également accéder à l'AI (article R. 351-10 2° du Code du travail). L'ASSEDIC de Paris est inscrite dans un partenariat avec le réseau associatif (France migrants) qui dispose d'interprètes et prend en charge la constitution du dossier (titre de séjour et, soit récépissé de demande à l'OFPPA, soit carte de réfugié).

▪ ***Un déficit d'information spécifique à l'égard des demandeurs d'emploi les plus en difficultés***

La simplification de l'inscription est un fait acquis pour un grand nombre de demandeurs d'emploi, qui obtiennent plus rapidement le dossier d'inscription et un rendez-vous individuel ou collectif. Toutefois un nombre non négligeable de personnes est encore en difficulté pour accéder à ses droits, en raison de leurs propres problèmes et du manque ou de l'opacité des informations mises à la disposition de ce public par les ASSEDIC. En amont de l'inscription, faute d'une information complète, les demandeurs d'emploi « mal structurés » et peu accompagnés qui estiment ne pas avoir droit à l'indemnisation, renoncent souvent à s'inscrire, se privant ainsi de la possibilité d'accéder à d'autres formes d'aides à l'emploi. Dans le même temps, une partie des personnes se trouvant dans cette situation, se voit parfois contrainte de faire une demande d'indemnisation, *a posteriori*, afin de pouvoir justifier de leur non-indemnisation et ouvrir des droits auprès d'autres organismes prestataires. Pendant la constitution du dossier de demande d'indemnisation, un nombre important de demandeurs d'emploi recourent à des structures d'accompagnement, face aux difficultés qu'ils éprouvent à réunir les justificatifs devant être joints à leurs demandes. Il serait utile qu'un partenariat clair et explicite existe sur cette question.

Trois situations reviennent en effet fréquemment :

- celle des personnes qui n'ont pas compris que les bulletins de salaires qui leur sont demandés permettent d'établir leurs droits en attestant d'une durée d'affiliation sur une période variable déterminée ;
- celle des personnes très désocialisées qui ne peuvent pas fournir d'avis d'imposition et, pour lesquelles les ASSEDIC acceptent difficilement une attestation sur l'honneur sans l'intervention d'un référent social ;
- celle des étrangers dont le titre de séjour provisoire ne couvre pas l'intégralité de la période d'indemnisation.

Certains demandeurs d'emploi ne parviennent pas à comprendre, sur leur notification :

- le montant de leur indemnité mensuelle ;
- le point de départ effectif de l'indemnisation (période de carence difficile à appréhender) et la date de paiement ;
- la durée calendaire de l'indemnisation et les dates à partir desquelles s'appliqueront les tranches de dégressivité.

Par ailleurs, la possibilité du reclassement indemnisé (AFR) ainsi que les conditions de son ouverture n'étant pas mentionnées sur la notification, certains demandeurs d'emploi n'apprennent son existence qu'après le délai de forclusion.

▪ ***Des traitements parfois trop lents***

Pour certaines catégories, le traitement des demandes d'indemnisation continue d'être long entre l'instruction, la notification et la mise en paiement. Cette question est suivie de près par l'UNEDIC, qui analyse mois par mois les instances. Selon la direction des études statistiques, 37 370 dossiers étaient en instance dans les ASSEDIC à la fin du mois de février 2000, soit une diminution de 16 285 dossiers (un tiers) par rapport à février 1999. Les causes du retard restaient les mêmes, attente de liquidation pour deux tiers environ, un tiers en attente de renseignement de la part des demandeurs d'emploi et 5 % en attente d'une décision de la commission paritaire. Le pourcentage de dossiers restant en instance s'est amélioré depuis janvier 1994, passant de plus du tiers à moins du dixième en 1999 et s'approchait de 5 % en février 2000. Malgré ces progrès, certaines personnes fragiles, qui ne disposent pas d'économies (indemnités de licenciement, congés payés...) n'ont pas d'autres ressources que de solliciter des secours d'urgence ; par ailleurs, certains avantages ne leur sont pas accessibles tant qu'ils ne disposent pas d'une attestation d'indemnisation des ASSEDIC, notamment en matière de transport (carte IRIS à Lille, aide pour la carte orange à Paris, tarifs préférentiels pour certaines activités).

▪ ***Le traitement peut être allongé, voire bloqué dans certains cas particuliers***

Dans celui d'un changement de domicile du demandeur d'emploi, le transfert de son dossier de l'antenne ASSEDIC de départ à celle d'arrivée est un chemin souvent semé d'embûches, parfois du fait des personnes elles-mêmes, avec pour corollaire un allongement important de la durée du traitement de la demande. Sur ce point, la mission a constaté des progrès récents importants, dans certaines ASSEDIC. En Bretagne la réaction est immédiate (fax dès l'appel de l'ASSEDIC d'arrivée). Les informations et notices sur ce sujet sont particulièrement claires. À Paris, en revanche le changement de département reste problématique. Lorsqu'une pièce manque au dossier, le traitement est interrompu, même si cette pièce n'est pas déterminante pour la totalité des droits. Il s'agit le plus souvent : de bulletins de salaire (dans le cas d'employeurs multiples, d'employeurs non affiliés au régime ASSEDIC), d'attestation de solde de tout compte

du dernier employeur lorsque celui-ci est de mauvaise foi ou en faillite... Le traitement des demandes d'indemnisation au titre du chômage n'est pas harmonisé avec les autres systèmes d'allocation garantissant un revenu minimum. Le cas de l'allocation d'insertion est très parlant sur ce plan. Des personnes ayant droit à cette allocation, peuvent prétendre à un complément du RMI avant de voir leur demande de RMI prise en compte, pour autant qu'elles ont reçu une notification des ASSEDIC. Il en ira de même pour toute autre prestation sociale soumise à un plafond de ressources.

## **Le régime général d'assurance vieillesse accorde une attestation particulière aux usagers vulnérables**

En matière de retraite, également, certains usagers peuvent avoir une moindre capacité à faire valoir leurs droits ou être plus vulnérables à une rupture de ressources, pour des raisons diverses – socio-économiques, linguistiques, psychologiques... Certains « groupes à risques » peuvent être ainsi identifiés : veuves, chômeurs, RMIstes, handicapés ou invalides, assurés résidant à l'étranger ou immigrés, personnes sans domicile fixe, détenus... Parmi ces groupes, les veuves constituent un ensemble relativement bien identifié, car elles relèvent d'une réglementation spécifique (mode de calcul des droits, rétroactivité de la demande...), celle qui s'applique aux ayants droit des assurés décédés. Pour diminuer les risques pesant sur ces personnes fragilisées, le principe d'une démarche active, de « discrimination positive » est justifié. Cette démarche doit permettre notamment d'atténuer le caractère formel que peut avoir, dans certains cas, la liberté de demander ou pas sa retraite. Les offres, déjà mentionnées, émanant d'entreprises privées - pompes funèbres - montrent également qu'une situation de fragilité peut être exploitée. Cependant, sur un plan général, on ne peut parler de « politique » à l'égard des populations fragilisées qu'en ce qui concerne le régime général ; la convention d'objectif consacre un volet à cette question. Pour leur part, les CICAS et les caisses des régimes complémentaires peuvent mener des actions ponctuelles, mais de manière autonome.

---

### **Les données sont encore trop rares pour identifier les besoins spécifiques**

Il n'y a pas d'approche permettant, sur le plan quantitatif, de cerner précisément et de « segmenter » les populations fragilisées. L'approche juridique permet néanmoins d'identifier certaines populations. Ainsi, tous les organismes comptabilisent les attributions de pensions de réversion. En 1998, la CNAV a attribué plus de 71 000 pensions de droit dérivé, essentiellement des pensions de réversion<sup>29</sup>. Par ailleurs, quelque 30 000 pensions de substitution à invalidité ont

---

<sup>29</sup> La population des veuves touchant une pension de réversion du régime général ne recoupe pas exactement celle des veuves bénéficiant d'une pension de réversion des régimes complémentaires, car la pension de réversion du régime général est soumise à conditions de ressources.

été attribuées, 56 000 au titre de l'inaptitude et assimilées, et 127 000 pensions ont été portées au minimum. D'autres catégories de populations susceptibles d'être considérées en situation de fragilité peuvent être comptabilisées au niveau local, dans le cadre des procédures conventionnelles en particulier les chômeurs.

Sur le plan qualitatif, les données disponibles sur la situation des assurés ou ayant droit au moment du passage à la retraite sont également rares. Ceci est d'autant plus regrettable que les quelques constats effectués, généralement axés sur les aspects socio-économiques, résumés ci-dessous, présentent un grand intérêt. PRO-BTP a ainsi mené en avril 2000 une étude sur ses retraités<sup>30</sup> qui fait ressortir des éléments de fragilité financière :

- toutes situations de famille confondues, le revenu mensuel moyen des allocataires varie de 6 600 francs (ouvriers) à 12 700 francs (cadres) ;
- dans l'étude, le premier échelon de l'échelle de revenus a été placé à 3 500 francs mensuel de façon à pouvoir déterminer le pourcentage de retraités « isolés » remplissant les conditions d'attribution de la CMU : ce taux s'élève à 12,2 % des retraités ouvriers et 3,2 % des retraités cadres<sup>31</sup> ;
- les allocataires du FNS représentent 4,7 % des ouvriers et 0,2 % des cadres.

La CNAV a, pour sa part, effectué un sondage national sur les dossiers instruits en mars 1995 de 58 000 retraités. Ce travail fournit des pistes intéressantes de segmentation des populations d'usagers.

**Tableau 3 : Quatre indicateurs selon la situation de l'assuré lors de son passage à la retraite, en 1995**

Situation de l'assuré lors du passage à la retraite	Part de chaque situation (hors réversion)	Delai moyen d'instruction des dossiers	Delai moyen de satisfaction	Montant moyen des pensions (génération 1934 et 1935)
Actifs	34,4 %	67 jours	22 jours	3 431 F
Chômage	25,4 %	42 jours	4 jours	4 476 F
Invalité maladie	7,4 %	68 jours	8 jours	3 315 F
AAH	1,0 %	90 jours	28 jours	1 591 F
RMI	0,6 %	123 jours	75 jours	2 227 F
Retraite autre régime	0,7 %	63 jours	29 jours	986 F
Sans activité	3,5 %	56 jours	29 jours	1 528 F
Inactifs	27,0 %	54 jours	28 jours	3 172 F
Total des dossiers	100 %	58 jours	22 jours	3 266 F
<b>P. réversion</b>	<b>NC</b>	<b>68 jours</b>	<b>30 jours</b>	<b>NC</b>

Source : établi à partir du sondage CNAV.

<sup>30</sup> Il faut rappeler que la population de PRO-BTP est spécifique. Par ailleurs, la condition requise par l'enquête de disposer d'un équipement téléphonique a pu influencer sur les résultats (par exemple : exclusion probable des migrants maghrébins des foyers, garnis ou hôtels meublés).

<sup>31</sup> Les veuves d'actifs ou de participants étant classées sous le terme « retraités », une explication de cette poche de pauvreté (théoriquement couverte par le minimum vieillesse) peut tenir à l'âge des veuves sans droit propre, c'est-à-dire n'ayant pas cotisé et en particulier des veuves sans droit propre dont le mari est décédé avant de prendre sa retraite.

Les données de la CNAV montrent que, en 1995, les délais d'instruction des dossiers et, surtout, de satisfaction par catégorie d'assurés étaient d'autant plus importants que le montant moyen de la pension était faible. Il est vraisemblable que la situation s'est améliorée depuis lors, notamment sur les délais, compte tenu des actions entreprises. Rien ne permet cependant de le prouver, le sondage, réalisé en 1990, 1993 et 1995, n'ayant pas été réédité.

### **Des mesures ont été prises pour prévenir le risque de perte de droits**

- ***Les conventions conclues entre le régime général et des organismes sociaux sont un bon outil de prévention de la perte de droits, qui reste à évaluer***

La CNAV a passé des conventions avec certains organismes dont l'objectif est, notamment, d'éviter la perte de droits et d'organiser, en l'anticipant, le basculement de certaines populations relevant du champ de ces organismes vers la retraite du régime général.

Les principales conventions ont été passées avec l'UNEDIC, pour les chômeurs indemnisés et, récemment, pour les chômeurs non indemnisés, la CNAF pour les bénéficiaires de l'AAH et du RMI, la CNAM pour les invalides. Les conventions déterminent l'âge auquel les assurés doivent être signalés : par exemple, 57 ans et demi pour les chômeurs indemnisés, 54 ans pour les veuves touchant le RMI, 57 ans et 6 mois puis 59 ans et 6 mois pour les bénéficiaires de l'AAH... La périodicité des signalements est également fixée par chaque convention : mensuelle (AAH), trimestrielle (chômeurs indemnisés). Sur la base des fichiers informatiques que leur transfèrent les organismes partenaires, les CRAM peuvent lancer des procédures telles que l'envoi d'une lettre d'information, du relevé de carrière, une proposition de rendez-vous, pour engager la reconstitution de carrière ou examiner les droits potentiels au régime général. Une articulation entre revenu de remplacement et retraite est prévue dans certaines situations : invalides, bénéficiaires de l'AAH, du RMI, selon les conditions d'âge, de durée d'assistance, etc.

Il peut être souligné que, dans le cadre des procédures conventionnelles, la difficulté du rapprochement des données avec les CAF (pour les RMistes et titulaires de AAH), celles-ci privilégiant le numéro d'allocataire CAF et non le NIR, est souvent évoquée par les CRAM. S'agissant des adresses, le problème se pose en principe dans les mêmes termes que pour l'ensemble des assurés (fiabilité des données transférées des fichiers des CPAM, CAF...). Au-delà des problèmes de signalement, un certain nombre de difficultés ponctuelles sont relevées par les CRAM, notamment le retard dans les renseignements transmis par l'UNEDIC (versement des allocations chômage sur les dernières périodes).

Les conventions donnent lieu à des contacts entre organismes au niveau local, et des remontées d'information au niveau national, qui permettent d'identifier certains problèmes mais elles ne font pas non plus l'objet d'une évaluation systématique et formalisée.

▪ **Le risque particulier pesant sur les veuves d'actifs**

Les veuves d'actifs encourent un risque de perte de droits à deux niveaux : si elles ne se manifestent pas, les caisses ont peu de moyens de les repérer ; si cette étape est franchie, elles doivent, le cas échéant, pouvoir reconstituer les droits de leur (ex)conjoint.

L'identification ou le repérage des ayants droit d'actifs décédés a été signalé par la FAVEC (Fédérations des associations de veufs/veuves) qui déplore des cas récurrents de perte partielle de droits pour demande tardive ; les veuves ne comprennent pas pourquoi elles n'ont pas été contactées en temps utile, lors du décès de leur conjoint, par les caisses de retraite.

Plusieurs cas doivent être distingués :

- Le conjoint d'un retraité est normalement connu des caisses de retraite ; lors de la demande de retraite, la zone « conjoint » du formulaire a été renseignée et saisie dans les fichiers d'identification, ce dans l'optique d'une attribution éventuelle de la majoration pour conjoint (régime général). Dans les caisses complémentaires, le conjoint est également identifié lors de la demande de retraite. Grâce à ces informations, les caisses, lorsqu'elles apprennent le décès de leur allocataire par un tiers (INSEE, mairie, banque...), peuvent prendre l'initiative de contacter la veuve, en ne se contentant pas d'arrêter le versement de la pension.
- Le conjoint d'un assuré (participant) actif qui décède avant d'avoir fait liquider sa pension est en revanche inconnu des caisses de retraite, sauf exception<sup>32</sup>. L'information ne fait l'objet d'aucune saisie systématique lors de la vie de l'actif ; elle est difficile à organiser compte tenu de l'absence de contact entre un assuré, au cours de sa vie active, et sa caisse de retraite. En outre, l'information peut se périmer (divorce...) et rien ne permet aux caisses de solliciter ce type d'information.
- Une autre catégorie d'ayants-droit, les conjoints divorcés non remariés d'un retraité ou d'un actif, est encore plus difficile à identifier<sup>33</sup>.

Les règles en matière de rétroactivité de la demande sont toutefois plus favorables dans le cas des pensions de réversion ; à l'ARRCO et l'AGIRC, le rappel d'arrérages peut porter sur une période d'un an. En ce qui concerne la carrière, sa reconstitution est parfois difficile pour la veuve d'un assuré qui décède en situation d'activité, ce d'autant plus si le conjoint a eu un parcours haché.

<sup>32</sup> Certaines caisses de retraite complémentaire peuvent obtenir des informations par la caisse de prévoyance appartenant au même groupe : exemple PRO-BTP.

<sup>33</sup> Aucun fichier ne permet de faire un lien entre l'assuré et son conjoint divorcé, y compris au niveau de la prévoyance.

▪ **Des initiatives pour une communication ciblée**

L'information destinée aux populations fragilisées peut prendre la forme d'une information générale et/ou plus individualisée.

Une stratégie de communication générale, ciblée sur certaines catégories est développée par les caisses du régime général.

La CNAV a constitué, en 1995, un groupe de travail sur le veuvage. Plusieurs actions s'en sont suivies telles que la mise au point du guide national veuvage et des actions de formation téléphonique (Écoute Veuvage). Les actions d'information générale lancées sont déclinées au niveau des CRAM. À Lille, à l'occasion des réunions d'information retraite organisées en partenariat avec les municipalités, une information sur la situation « veuvage » et les droits qui en découlent est également prodiguée avec remise d'un livret spécifique. Dans le journal *Présence* destiné aux retraités figure une rubrique « Pension de réversion ». La CRAM de Dijon a créé et diffusé de nouveaux supports, affiches et dépliants, refondu le guide veuvage, et ciblé quelque 1 642 relais pour faire connaître son action : collectivités territoriales (mairies, conseils généraux), services du secteur sanitaire et social, associations et média.

En Ile-de-France, il faut signaler la publication d'une feuille d'information trimestrielle destinée à un public-relais (ASSEDIC, CAF, CPAM, assistantes sociales...), proche de certaines catégories de populations, et qui dépasse donc le public des veuves. Le déploiement des services de proximité en Ile-de-France s'est aussi accompagné de la mise en place de chargés de communication dans les agences départementales, qui sont en liaison avec le service des relations extérieures de la région Ile-de-France. Ils doivent notamment développer un réseau de partenaires.

Dans les régimes complémentaires, une information générale destinée aux veuves existe également, sans toutefois constituer une politique systématisée comme au régime général. À la CIRRIC, un exemplaire des *Cahiers pratiques du groupe Vauban*, transmis aux allocataires, aux actifs cadres et sur demande a porté sur les « Démarches indispensables et urgentes en cas de décès du conjoint ».

La CRAM de Dijon précise que même si l'assuré n'est pas toujours informé verbalement, une information sur le minimum vieillesse figure dans le *Guide du retraité* qui est envoyé au nouveau retraité avec la notification de sa pension. Celui-ci pourra donc formuler une demande, et bénéficier d'un effet rétroactif jusqu'à trois mois après la notification de sa pension.

La démarche pro-active est accentuée pour certains publics :

- Certaines actions, qui sont développées depuis peu au régime général, sont à l'interface de la communication générale et de la communication individualisée. Elles prennent appui sur des relais et partenariats et aboutissent à un contact direct avec l'assuré.

- En Ile-de-France, les chargés de communication ont engagé en 1999 des travaux sur les foyers de travailleurs immigrés : recensement des foyers et recueil d'informations quantitatives et qualitatives, mise en place d'un plan d'action selon un cadrage commun (information des responsables, réunion d'information ou stand, organisation de rendez-vous avec les usagers, régularisation des dossiers individuels...). Des actions ont été également menées pour deux populations parisiennes spécifiques, les détenus et les SDF, par l'intermédiaire de travailleurs sociaux et d'associations caritatives et un partenariat avec la Maison de Nanterre. À la CRAM de Lille, une action a été mise en place avec la prison de Loos, par l'intermédiaire de l'assistante sociale de la prison : envoi à l'agence de la CRAM à Lomme de la liste des prisonniers de plus de 50 ans pour ouverture de dossiers retraite, réception par les agents chargés de la retraite des prisonniers, dans une pièce de la prison mise à disposition, pour reconstitution de la carrière, aide aux formalités pour le livret militaire... Le dispositif initié avec la direction de la prison de Loos a été étendu par la CRAM à l'ensemble des autres prisons de sa circonscription.
- À la CRAM de Dijon, les conseillers retraite et les assistants sociaux ont expérimenté en 1999 un partenariat en faveur des publics en difficulté : population d'origine étrangère, SDF, personnes ayant des problèmes mentaux... Ils se rendent ensemble dans les structures accueillant ce type de public et tentent d'apporter à chacun une réponse globale sur les questions de retraite et d'accès aux soins. Une quinzaine d'organismes, des foyers d'accueil en particulier, ont accepté ce type d'action en binôme, constituant pour la CRAM un réseau de relais.
- Certains CICAS assurent également des permanences d'information adaptées : dans les ASSEDIC du Sud-Ouest pour contacter les chômeurs âgés, dans des centres d'hébergement pour SDF (du type maison de Nanterre)...

À terme, les CRAM devraient disposer d'outils permettant un meilleur ciblage pour l'information individualisée de certaines populations. En effet, la CRAM de Lille pilote, dans le cadre du schéma directeur, un projet, « étude complémentaire à la régularisation de carrière » dont l'objectif est de créer un fichier des assurés de plus de 54 ans à partir de diverses sources externes (CE-TELIC, CAF, ASSEDIC, autres régimes, caisses complémentaires...) et internes (fichiers TDS, base de données prestataires...). Cet outil devrait permettre d'effectuer des requêtes selon des critères définis afin de régulariser la carrière des assurés concernés et de préétablir en temps utile des demandes de retraite.

### **Les modalités de contact avec certains usagers sont aménagées**

Le plus souvent, ce sont les locaux et procédures habituels d'accueil des usagers qui sont utilisés.

Toutefois, le contact avec certaines populations peut s'organiser selon des modalités spécifiques quand leur déplacement est impossible ou problématique.

Ce sont les agents de la CRAM qui vont au-devant de l'utilisateur. C'est le cas dans plusieurs des exemples mentionnés : pour les prisonniers, pour les travailleurs résidant en foyers ou en foyers de travailleurs immigrés, pour les personnes handicapées... À Lille, les visites à domicile sont particulièrement nombreuses car la caisse privilégie le contact verbal par rapport au contact épistolaire avec certains assurés pour lesquels il est inadapté ou qui ont des difficultés à se déplacer. Enfin, les CRAM servant de caisses de référence pour les résidents à l'étranger (Lille pour la Belgique, Dijon pour la Suisse) développent des actions sur place en liaison avec les régimes de retraite du pays pour faciliter le passage à la retraite des résidents étrangers ayant accompli une partie de leur carrière en France : la CRAM de Dijon a organisé deux forums retraite en Suisse en 1999, dans le cadre desquels elle a reçu près de 500 assurés. La CRAM de Lille a quatre points accueil retraite en Belgique.

L'accueil sur rendez-vous, dans les locaux de la CRAM, - quand il n'est pas systématique comme à Lille - est particulièrement développé quand il s'agit d'entrer en contact avec des assurés en situation de fragilité : ainsi, à Dijon, le rendez-vous a été mis en place initialement en faveur des veuves et son extension est prévue plus particulièrement pour les assurés sous convention (chômeurs...).

La relation téléphonique peut faire également l'objet de certains aménagements, la CRAM de Dijon a ainsi ouvert, pendant certaines plages horaires, une ligne spécifique réservée aux personnes en situation de veuvage. Les agents chargés de répondre ont été spécialement formés (aspect psychologique) et sont en mesure d'apporter un conseil sur l'ensemble des droits dans les organismes sociaux. L'accompagnement dans les démarches peut d'ailleurs trouver un prolongement grâce à un service de soutien à la rédaction de courrier, mis en place par cette caisse (modèles de lettres types pour signaler la nouvelle situation de veuvage aux organismes concernés).

La relation épistolaire ne fait, en revanche, guère l'objet d'adaptations et reste assez normalisée. À PRO-BTP, des courriers en langue étrangère avaient été mis au point. Mais ils ont été abandonnés car sources de difficultés (pluralité dialectale, réponses des assurés en langue étrangère) et les courriers types ou notifications adressés aux personnes résidant à l'étranger ne comportent aucune spécificité.

Tous les régimes tentent d'améliorer les délais de traitement des pensions de réversion.

De façon générale, les populations fragilisées sont celles sur lesquelles pèse le risque le plus important de longs délais de traitement du dossier.

Les procédures conventionnelles ont, comme cela a été indiqué, pour objectif de faciliter le passage d'utilisateurs bénéficiaires d'une prestation (AAH...) ou connus d'un organisme (chômeur non indemnisé) à la situation de retraités et d'éviter la rupture des ressources, un système de subrogation entre organismes ayant pu être mis en place pour ce faire.

À la CRAM de Lille, un service spécifique suit les conventions pour ce qui concerne le paiement. Il intervient auprès des organismes pour éviter la rupture de ressources : dans des situations assez exceptionnelles, lorsque la retraite ne peut être ordonnancée pour la date d'entrée en jouissance et qu'un paiement est en cours auprès de la CAF ou de l'ASSEDIC, la CRAM demande le maintien de la prestation jusqu'à la liquidation des droits à la retraite. La récupération des sommes payées par ces organismes est effectuée sur le montant du rappel de la retraite.

À PRO-BTP certains dossiers sont traités de façon prioritaire. Pour les invalides, si la caisse reçoit un titre d'invalidité de deuxième catégorie, elle liquide la retraite d'emblée, sans attendre une notification du régime général. Les dossiers des personnes signalant être en situation difficile sont traités en priorité, de manière pragmatique, par les liquidateurs.

Les pensions de réversion font plus souvent l'objet d'actions spécifiques ; l'individualisation plus aisée de ces dossiers constitue vraisemblablement une explication. Au régime général, certains délais de traitement sont mesurés et des objectifs nationaux fixés. Dans les régimes complémentaires, les constats dressés par la mission dans d'autres domaines sont également valables : développement d'actions ponctuelles à l'initiative des caisses, hétérogénéité des pratiques et des outils de mesure. Cependant, en raison du paiement trimestriel d'avance, le conjoint survivant d'un pensionné conserve le bénéfice du trimestre payé d'avance au cours duquel est intervenu le décès. Les délais, en terme de rupture de ressources, sont donc moins contraignants dans les régimes complémentaires.

Au régime général, la priorité accordée aux situations de veuvage a conduit à la mise en place, dans la COG, d'un indicateur spécifique pour les dossiers de pension de réversion. L'objectif national pour le délai de satisfaction en 1999 était de quarante jours maximum. À la CRAM de Lille, en 1999, ce délai était de vingt-neuf jours. Les données antérieures disponibles à Lille montrent que, sur le long terme, la tendance est à l'amélioration de la situation : 119 jours en 1987, 53 jours en 1990. Toutefois l'indicateur du délai de satisfaction ne fournit pas d'information sur la durée pendant laquelle la veuve a subi une rupture de ressources. En effet, le point de départ de l'indicateur est le dépôt de la demande et non la date d'effet. Le délai entre la date d'effet (décès du conjoint ou date à laquelle les conditions d'âge ou de ressources pour l'ouverture des droits sont remplies) et la date d'attribution de la pension n'est pas mesuré.

La CRAM de Lille a mis en place des procédures pour éviter la rupture de ressources :

- un contrat de service a été signé, en mars 1998, entre l'agence comptable et les services retraite. À la réception d'une information sur le décès d'un pensionné mentionnant un conjoint survivant, l'agence comptable envoie à ce dernier un courrier de condoléances et l'informe qu'un agent de la CRAM, nommé dans la lettre, le contactera pour fixer un rendez-vous dans le point

accueil retraite le plus proche de sa résidence et lui faire connaître ses droits. Cette procédure est également en vigueur, avec des adaptations, pour les décès d'un assuré résidant hors région ou à l'étranger. Cette action d'aide dans les démarches d'obtention des droits a concerné 7 000 conjoints survivants en 1999 ;

- dans le prolongement de cette procédure, lorsqu'une demande de réversion a été enregistrée, le service paiement n'interrompt pas le paiement du mois du décès, qui de toute façon est dû au conjoint survivant. Ce dispositif permet de faire la jonction avec la pension de réversion. Il ne génère pas de risque d'indu et allège les coûts de gestion. Néanmoins, cette procédure doit être gérée manuellement, n'étant pas prévue par le programme informatique.

À la CRAM de Dijon, les délais s'étant dégradés en 1999, des actions ont été mises en œuvre : les dossiers de pension de réversion bénéficient d'une priorité de traitement, leur étude devant commencer le jour de leur réception par le liquidateur ; chaque mois, une opération « coup de poing » dans les groupes retraite permet de faire un bilan et de répertorier les motifs de non-traitement.

À la CIRRIC, quand l'information du décès d'un bénéficiaire de pension personnelle parvient à la caisse, elle procède à la suspension automatique du paiement de la pension, adresse un courrier à la mairie du domicile de l'allocataire décédé pour confirmation du décès et production d'un acte d'état civil. Si celui-ci permet de détecter un conjoint remplissant les conditions d'âge, la caisse lui adresse un courrier avec le formulaire de demande de pension. Si le conjoint ne remplit pas les conditions d'âge, mais les remplira dans un délai de moins d'un an, la caisse met dans son fichier un indicateur « date de réveil » pour recontacter le conjoint trois mois avant la date d'effet potentiel. Dans le cas où l'âge requis ne sera pas atteint avant un an, c'est à l'ayant-droit de reprendre contact.

À PRO-BTP, la procédure est similaire mais sans relance pour les ayants droit ne remplissant pas les conditions d'âge. Dans cette caisse, la prise en charge globale des veuves est un volet de la réflexion en cours sur la « gestion événementielle » qui consiste à gérer toutes les conséquences d'un événement et émettre un courrier global d'information, car le décès d'un adhérent peut impliquer des modifications sur la retraite mais aussi les frais médicaux, les réservations vacances, les mailings, etc. Pour les veuves d'actifs, 36 % des pensions de réversion sont versées dans le mois suivant la demande par la CNRBTPIC (AGIRC), 13 % dans un délai de trente et un à cinquante jours et 51 % dans un délai supérieur à cinquante jours. À BTP-Retraite (ARRCO), les chiffres correspondants sont respectivement de 14 % (délai de moins de un mois), 10 % (trente et un à cinquante jours) et 76 % (plus de cinquante jours).

Pour les veuves de retraités, le délai moyen pour percevoir le premier paiement en réversion est de 115 jours, se décomposant ainsi : 61 jours en moyenne entre la date de décès et la date de réception du certificat de décès ; 54 jours en moyenne entre cette réception et la date de liquidation. Durant les 61 premiers

jours, PRO-BTP, qui ignore le décès, continue à verser la pension complète ; la rupture de ressources est donc en moyenne de 9 jours (54-45, 45 jours étant statistiquement l'ancienneté moyenne du dernier paiement trimestriel de la pension).

### **Le niveau des plaintes est encore excessif**

À partir de quelques sondages, il apparaît à la mission que le nombre de plaintes émanant de certaines populations fragilisées semble proportionnellement important.

Ainsi, la CRA Ile-de-France est-elle amenée à examiner un nombre important de dossiers de pension de réversion ou d'allocation veuvage, notamment de veuves résidant à l'étranger (au cours de la séance du 14 mars 2000, 51 des 145 dossiers). Le différend avec les caisses porte souvent sur la date d'effet, l'intéressée déclarant avoir été mal informée et ayant donc formulé sa demande tardivement. Un autre type de cas concerne les modalités de calcul (conditions de ressources, règles de cumul). Enfin, les demandes formulées par des veuves résidant dans un des pays du Maghreb pour des conjoints non enregistrés dans les fichiers de la CNAV sont nombreuses. Les plaintes émanant des populations fragilisées ne font pas l'objet de procédures spécifiques, ni de traitement accéléré. En tout état de cause, le constat général formulé sur les insuffisances en matière d'exploitation et de traitement des plaintes s'applique tout particulièrement à ces populations.

### **En milieu hospitalier, les dispositifs de soins spécifiques pour les personnes en grandes difficultés sont encore en gestation**

Les progrès de la médecine joints à une conception entrepreneuriale de l'hôpital confronté à une explosion du budget social avaient conduit à éloigner, par le refus de la prise en charge de personnes non assurées sociales, certains publics en difficultés. La mise en place de la couverture maladie universelle n'a pas encore permis de pallier cette difficulté, pour des raisons financières mais aussi d'ordre culturel.

C'est pourquoi la question de l'accueil des personnes en grande difficulté sociale dans les établissements de santé reste actuelle.

### **Les permanences d'accès aux soins dans les hôpitaux (PASS) sont destinées aux plus défavorisées**

Les établissements de santé sont, traditionnellement, des acteurs essentiels de l'amélioration de la prise en charge sociale de la population. Ainsi entrent à l'hôpital, surtout par le canal des urgences, des personnes dont la prise en charge

relève autant d'éléments sociaux que purement médicaux, notamment pour les publics démunis. Certains hôpitaux ont tenté d'y répondre en organisant des permanences d'accès aux soins dans les hôpitaux (PASS) telles que prévues par la loi d'orientation et de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 et devant s'intégrer dans la mise en œuvre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Ainsi, le 7° de l'article L. 711-3 du Code de la santé publique dispose désormais que le service public hospitalier concourt « à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseau ».

Force est tout d'abord de constater que la mission d'enquête de l'IGAS n'a pu voir aucune PASS fonctionner. Au centre hospitalier de Montauban, la permanence était au point mort, suite à des modifications dans l'affectation des personnels du service social. Au CHU d'Amiens, la PASS se réduisait à une simple consultation sociale dans un box spécialisé du service des admissions.

En conséquence, la mission a surtout procédé à une analyse des projets tels qu'ils lui ont été présentés. Il s'en dégage quatre axes de réflexion :

- Le premier est relatif à la place de la PASS dans l'établissement. Selon certaines études, la PASS doit être intégrée au service des urgences (*cf.* Montauban), selon d'autres, elle peut être plus autonome et rattachée au service des admissions (cas du CHU d'Amiens). En outre, la question se pose de savoir quels sont les intervenants médicaux de la PASS. S'il est envisageable que ces derniers soient des médecins généralistes effectuant des vacations, il est apparu que, pour certains médecins, le responsable de la PASS, si ce n'est le seul intervenant possible, ne pouvait être qu'un urgentiste. Pour d'autres encore, les PASS doivent fonctionner avec des internistes.
- Le deuxième questionnement est lié au type de consultations médicales effectuées dans ces structures. Selon certains schémas, ces consultations sont spécifiques, selon d'autres, elles sont en fait prises en charge par les consultations hospitalières classiques, quitte à leur réserver un éventuel créneau horaire dédié.
- Le troisième axe de réflexion tient à la place des PASS dans le réseau de prise en charge des soins pour les plus précaires. Si la loi précise bien (*cf. supra*) que les PASS doivent s'intégrer dans un réseau plus vaste, la mission a pu constater que la recherche de la complémentarité et de la collaboration n'est pas systématique. Sur ce point, elle a identifié les risques de concurrence entre institutions, chacun voulant prendre en charge « ses plus démunis » au détriment d'une approche coordonnée. En conséquence, elle rappelle que les PASS doivent, si elles veulent présenter des garanties importantes de pérennité, s'intégrer au dispositif existant en y apportant un élément supplémentaire de prise en charge plutôt que de s'ériger en structures substitutives à des dispositifs plus anciens.

- Enfin, le dernier sujet touche au cœur de la mission dévolue à la PASS. Il s'agit, d'après les textes, d'organiser au sein des hôpitaux, pour les plus démunis, des dispositifs visibles d'accueil, d'information, d'orientation et de soins. Si l'aspect curatif est essentiel, il n'est pas le seul. Les PASS ont également été prévues pour assurer un rôle central de promotion de la santé qui n'est possible, sur le long terme, que si les populations prises en charge sont accompagnées et réorientées vers le dispositif social et sanitaire usuel, après une prise en charge provisoire par la PASS et son réseau. En d'autres termes, il serait contraire à l'esprit de la loi que le dispositif des PASS pérennise un système parallèle pouvant déboucher sur la reconstitution de dispensaires.

### **Les établissements privés agréés pour recevoir des urgences n'ont pas les moyens d'accueillir les patients en difficultés sociales**

Dans le secteur privé, notamment à but lucratif, qui a reçu un agrément pour recevoir des urgences, aucune réflexion n'a été développée à ce sujet.

Or l'autorisation officielle de recevoir des urgences ne peut se résumer à une simple prise en charge sanitaire. L'étude de la population reçue à ce titre démontre que les problèmes sanitaires sont très souvent intimement liés à des problèmes sociaux et que par conséquent, la prise en charge, doit être globale. Dans la mesure où le secteur privé agréé ne développe pas de relations suffisantes avec les autres intervenants sociaux, où il ne passe pas de convention avec les hôpitaux voisins disposant de PASS, le risque est grand de voir les urgences se répartir entre les établissements publics et les établissements privés selon une logique de niveau de revenus. Il se trouve majoré dans la mesure où, bien que les textes relatifs à l'agrément des services d'urgence n'aient pas fait de discrimination entre le secteur privé lucratif et le secteur public, le mode de financement existant crée des disparités. En effet, alors que le secteur public bénéficie d'une prise en charge globale des urgences incluse dans la dotation globale, les établissements privés lucratifs continuent à être remboursés à l'acte. Les actes des médecins urgentistes comme du radiologue ou des autres praticiens appelés à intervenir, sont ainsi pris en charge selon les règles du secteur ambulatoire. Il n'existe pas de « prestation urgence » avec tiers payant. Dans ces conditions il ne faut pas s'étonner de voir transférer certains patients qui ne peuvent faire l'avance de ces frais, vers l'établissement public voisin, comme en atteste l'exemple suivant : « *Mademoiselle R. M., victime d'un accident de la route dans l'Hérault est transportée à la clinique Saint-Luc à B. Elle n'a ni argent, ni sa carte Vitale sur elle. Elle souffre d'une fracture du pied et se plaint de douleurs à la tête. Il faut un coup de téléphone insistant de sa mère, qui envoie un chèque de caution à la clinique immédiatement, pour que la clinique accepte de lui soigner le pied. Aucun autre examen, même de routine n'est effectué. Pourtant, c'est vers cette clinique agréée à recevoir les urgences que les secours envoient toutes les urgences de la circonscription.* »

Le développement du système social a conduit à verser des prestations sans cesse plus nombreuses, mieux ciblées, à donner plus de renseignements et à développer un accompagnement des usagers. Les délais de traitement se sont dans l'ensemble améliorés et les taux d'erreurs se sont réduits. Toutefois subsiste la grande difficulté à mener de front gains de productivité et personnalisation de la prise en charge. Jusqu'à présent, les stratégies fondées en qualité, même les plus abouties n'ont apporté d'amélioration que pour les usagers moyens. Le risque n'est donc pas négligeable de laisser au bord des institutions en voie de modernisation des personnes exclues, à qui on offrirait sans cesse de nouveaux dispositifs d'accès aux droits, sans vraiment arriver à les intégrer dans l'institution.

Deuxième partie

# Usagers et institutions sociales : un rapprochement difficile

Longtemps, l'usager s'est trouvé placé dans une place d'assujetti, réputé satisfait que l'on prenne en compte ses demandes, ayant peur qu'on lui supprime ses aides ou qu'on le soigne mal s'il se plaignait. Lui a succédé, dans certaines représentations collectives, un usager client, consumériste, toujours à l'affût de droits nouveaux et enclin à réclamer, voire attaquer les professionnels ou les institutions en justice, bref un usager hostile. Le fossé reste donc profond qui sépare les institutions sociales et leurs usagers, malgré le développement des politiques de communication, d'accueil et même d'adaptation des circuits aux populations. Dans ces conditions, la satisfaction des usagers peut sembler un objectif inaccessible. Pour en rendre compte, l'inspection générale s'est attachée à repérer les dysfonctionnements structurels, plutôt qu'à décrire des errements individuels. En effet, il serait vain d'imputer la responsabilité de l'impossible dialogue aux uns ou aux autres : aux médecins qui ne savent pas toujours reconnaître leur impuissance ou aux malades qui réclament de l'information, aux liquidateurs, qui n'expliquent pas les conditions d'attribution de telle ou telle prestation ou aux usagers qui tentent de savoir ce qu'elles sont pour renseigner convenablement leur dossier ; aux services sociaux qui ne savent pas orienter les personnes vers les institutions compétentes ou aux usagers qui refusent, à bon droit, que leur dossier soit consultable par toutes les institutions sociales. Les grandes causes de l'insatisfaction souvent partagée entre professionnels et usagers du système social sont connues : complexité des règles de fond, lourdeur des procédures et opacité de l'organisation institutionnelle. Ces phénomènes rendent inopérantes nombre de solutions jusqu'alors efficaces du fait de l'instabilité des situations individuelles, du cumul des handicaps et d'un éclatement croissant des repères sociaux.

## Chapitre 1

# Une complexité persistante, en dépit des efforts de simplification

**L**es simplifications intervenues au cours des dernières années dans les domaines qu'a analysés l'inspection générale sont nombreuses et d'une indéniable portée. Ainsi en va-t-il de l'inscription des demandeurs d'emploi aux ASSE-DIC ; de la création du régime résident en assurance maladie au lieu et place de divers modes d'entrée dans le régime général ; de l'unification à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1999 des règles régissant les divers régimes ARRCO, à titre principal. Au demeurant la liste des propositions de simplification directement issues des constats réalisés par l'IGAS est consistante (*cf.* : « Simplifier le droit »). Néanmoins il subsiste une complexité juridique organisationnelle et jurisprudentielle, qui revêt des causes quasiment structurelles. Le droit français était jusqu'alors d'origine normative plus que jurisprudentielle, prévoyant que chaque situation individuelle soit analysée au travers d'une appartenance à une catégorie, socio-professionnelle, familiale, voire de revenus. Or cette logique rationnelle, ne trouve plus toujours à s'appliquer à des situations fluctuantes. En effet, la complexité du système social est une caractéristique qui tend à devenir dominante. Elle tient à l'ampleur des normes applicables, au nombre des institutions sollicitées, mais aussi à l'imprécision de certains concepts, forgés par le droit social contemporain.

## Un droit abondant et parfois abscons

Dans un contexte mouvant, le nouveau retraité doit généralement régler son dossier seul face aux institutions. Multiplicité des régimes et institutions, complexité de la réglementation : le constat dressé en 1981-1982 par le rapport annuel de l'IGAS demeure valable. Hormis la mise en place récente d'un régime unique par l'ARRCO (1999), aucune réforme structurelle n'a véritablement amélioré la lisibilité du dispositif pour l'utilisateur depuis 20 ans.

## Le cadre juridique est incompréhensible et évolutif

Les enquêtes menées auprès des futurs retraités l'attestent : malgré les efforts d'information des institutions et les débats publics sur le thème des retraites, dans leur grande majorité les usagers ignorent le fonctionnement du système de pension et connaissent mal leurs droits individuels. De fait, il s'agit d'un domaine compliqué ; la réglementation est abondante, complexe et peu facile d'accès.

### Des réglementations diversifiées

Lorsqu'il prend sa retraite, un assuré a droit à une pension de chacun des régimes auxquels il a cotisé<sup>1</sup>. Or, à chacun des quelque cent régimes de retraite existants correspond une réglementation différente. Dans le cas de figure le plus simple, un salarié prenant sa retraite en 2000 après avoir travaillé toute sa vie dans la même entreprise, a cotisé au minimum auprès de deux régimes, le régime général et le régime de la caisse ARRCO, dont son entreprise était adhérente, plus le régime AGIRC, s'il a été cadre. En réalité, la possibilité pour un salarié de relever d'une situation plus complexe est élevée. Il peut avoir été affilié à plusieurs caisses ARRCO relevant de régimes différents, en raison d'un changement de caisse d'adhésion de son entreprise, ou de ses propres changements d'employeur. Avant le 1<sup>er</sup> janvier 1999, quarante-quatre régimes coexistaient en effet à l'ARRCO, se différenciant essentiellement par leurs paramètres (valeur du point, salaire de référence...) et leurs règles de majorations (familiales, pour ancienneté...). Les différences, évaluées de 10 % à 15 % environ du rendement du régime, ont disparu à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1999, date depuis laquelle l'ARRCO fixe pour toutes les caisses qu'elle fédère les variables annuelles essentielles que sont la valeur du point de retraite et le salaire de référence (prix d'achat d'un point), ainsi que les autres paramètres de fonctionnement du régime. Cependant, les règles prévalant avant le 1<sup>er</sup> janvier 1999 restent en vigueur pour les droits acquis avant cette date, afin de ne pas remettre en cause les avantages des participants. Comme le font remarquer les gestionnaires de l'ARRCO, ils doivent donc appliquer quarante-cinq régimes (quarante-quatre régimes antérieurs au 1<sup>er</sup> janvier 1999 et le régime unique). 42 % des assurés prenant leur retraite au régime général sont en outre « poly-pensionnés », c'est-à-dire allocataires d'au moins un autre régime de base, qu'ils aient été, au cours de leur carrière, salarié agricole, non salarié, ou affilié à un régime spécial. Malgré un alignement des régimes de base sur le régime général, des différences subsistent sur l'âge de la pension, les majorations, les pensions de réversion<sup>2</sup>, le cumul emploi-retraite, les minima vieillesse...

<sup>1</sup> Si les droits sont faibles, il lui est attribué une allocation forfaitaire, versée en une fois, au lieu d'une rente.

<sup>2</sup> Cf. notamment, en ce qui concerne les avantages familiaux et la pension de réversion, le rapport 2000 de la Cour des comptes sur la loi de financement de la sécurité sociale.

## Une réglementation de base de plus de 30 000 textes

Après avoir identifié les régimes dont il relève, le futur retraité qui cherche à se documenter se heurte à de nouvelles difficultés :

- La réglementation de base, ne serait-ce que d'un seul régime, est abondante : l'agence comptable de la CNAV a indiqué à la mission que la base documentaire sur le système informatique incluait 30 000 textes, 2 500 pages d'instruction, 800 transactions pour le liquidateur. Le *Guide pratique de la retraite complémentaire ARRCO*, édité en 1998, comporte près de 800 pages dont quelques centaines sur les principes applicables au moment du passage à la retraite (principes de validation, conditions d'ouverture des droits, liquidation). La situation est comparable à l'AGIRC.
- La complexité de la réglementation résulte souvent de la volonté initiale d'étendre les droits des assurés, de mieux prendre en compte un problème spécifique ou nouveau, ou encore de faciliter les mécanismes de constitution de la retraite. Néanmoins, elle emporte des risques de méconnaissance de leurs droits par les usagers, notamment les plus fragilisés.
- Pour l'utilisateur, le processus financier est abstrait : en amont, le mécanisme du « précompte » (prélèvement et versement des cotisations par l'employeur) provoque un désinvestissement des salariés car les prélèvements sont quasi-indolores et l'employeur joue le rôle d'intermédiaire. De fait, ceux qui se déclarent le mieux informés de ce qu'ils toucheront au moment de leur retraite (23 %) sont surtout les indépendants<sup>3</sup>. L'aval du processus n'est pas mieux perçu, puisque près de 43 % des visiteurs des CICAS ne savent pas si les régimes de retraite fonctionnent en répartition ou en capitalisation<sup>4</sup>.
- Enfin, le vocabulaire utilisé dans le domaine de la retraite est ambigu pour un néophyte. Par exemple, il suffit d'avoir perçu un salaire égal à 200 SMIC horaire au cours de l'année pour avoir un trimestre validé au régime général<sup>5</sup> ; il est donc possible de valider un trimestre en ayant travaillé un mois. De même, la notion de taux « plein », qui correspond à un taux de 50 %. C'est ce qui a induit en erreur Monsieur C. Celui-ci a essayé d'expliquer à sa caisse qu'il avait demandé sa retraite avec retard parce qu'il n'avait pas compris le courrier de la caisse : « *la lettre de la CRAM évoquant le taux de 50 % auquel il pouvait prétendre lui avait fait croire qu'il atteignait seulement la moitié du taux plein à cette date* ». Monsieur C. a obtenu l'indulgence de la caisse, mais pour un autre motif<sup>6</sup>. Troisième exemple : des assurés s'étonnent qu'ayant cotisé toute leur carrière au plafond de la sécurité sociale, ils ne bénéficient pas,

<sup>3</sup> Sondage SOFRES-*Notre Temps magazine*/TF1, réalisé auprès d'un échantillon national de 1000 personnes représentatif de la population française de plus de 18 ans au 1<sup>er</sup> semestre 2000.

<sup>4</sup> Enquête dans les CICAS d'Ile-de-France en 1998.

<sup>5</sup> La formule de base pour calculer la pension est :  $\text{taux} * (\text{salaire annuel moyen}) * (\text{nombre de trimestres}/150)$ , portés à 160 au terme de la réforme de juillet 1993.

<sup>6</sup> L'indulgence de la caisse s'appuie sur le motif suivant : les ASSÉDIC avaient omis d'envoyer à M. C. le formulaire de demande de retraite. Source : médiateur de la République.

au moment du passage à la retraite, d'une pension égale à 50 % de ce plafond<sup>7</sup>. En effet les salaires portés aux comptes des assurés et le plafond de la sécurité sociale, ne sont pas « revalorisés » ou « actualisés » selon les mêmes règles. Ceci n'est pas aisément compréhensible. Le calcul de la retraite par les caisses ARRCO et AGIRC repose sur un système de points<sup>8</sup>. Ce système paraît assez simple, à deux réserves près : d'une part, avant 1999, les institutions ARRCO pouvaient appliquer des valeurs de points différentes, d'autre part, le nombre de points acquis résulte de règles relativement complexes. En effet, dans les régimes complémentaires comme d'ailleurs au régime général, les droits acquis peuvent être majorés, notamment en fonction de la situation familiale ou par validation de périodes non cotisées.

Si les contrôles de la procédure de liquidation détectent encore un taux d'erreur non négligeable de la part de « techniciens retraite » chevronnés, on peut imaginer les difficultés auxquelles se heurtent de nombreux usagers pour maîtriser la réglementation.

---

### **Enfin, la réglementation est peu facile d'accès et évolutive**

Certes, l'usager peut consulter des documents dérivés, de vulgarisation, provenant des caisses ou de la presse et de l'édition spécialisées (*Notre Temps, Le Particulier, Liaisons sociale*). Mais cette information est nécessairement simplificatrice. Contrairement au Code de la sécurité sociale, les documents – « circulaires » de la CNAV, les décisions des partenaires sociaux dans le cas des régimes complémentaires – ne sont pas en libre accès, par exemple sur internet. Dernière difficulté pour l'usager qui cherche à accéder à la réglementation, les règles se périment rapidement depuis le début des années 90, dans le cadre des réformes mises en œuvre pour rétablir les équilibres financiers des régimes : augmentation progressive de la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein et allongement de la période de référence pour le calcul du salaire annuel moyen au régime général, diverses mesures dans les régimes complémentaires (âge d'ouverture des droits à pension de réversion, majorations familiales de l'AGIRC, régime unique...).

## **Les régimes de retraite composent une véritable mosaïque institutionnelle**

L'usager connaît généralement bien le champ de compétences des caisses d'assurance maladie et d'allocations familiales, ou encore des mutuelles en as-

---

<sup>7</sup> Ainsi, dans les faits, un assuré prenant sa retraite en 2000 au régime général peut toucher au mieux 44 % environ du plafond de la sécurité sociale.

<sup>8</sup> Le système par points reflète l'ensemble de la carrière de l'assuré, alors que le régime général prend en compte les « meilleures années » de la carrière. Moyennant des coefficients de minoration ou de majoration éventuels, un nombre X de points cotisés ou non, multiplié par la valeur du point, donne une estimation de la retraite complémentaire.

assurance maladie. Il n'en va pas de même pour l'organisation de l'assurance vieillesse, qui pâtit de son éclatement institutionnel. Le terme de « mosaïque » est d'ailleurs classique pour qualifier cette organisation, malgré un lent mouvement de concentration encouragé au niveau national, qui se traduit par des regroupements d'institutions de retraite complémentaire.

Au sein du régime général, la CNAV pilote la gestion du risque vieillesse, tout en assurant aussi le rôle de caisse régionale pour l'Ile-de-France. Sur le reste du territoire, elle délègue la gestion directe à trois types de caisses aux dénominations différentes, dont elle coordonne l'action :

- la caisse régionale d'assurance vieillesse d'Alsace-Moselle, localisée à Strasbourg, qui applique une réglementation en partie spécifique ;
- quatorze caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) assurent la gestion en métropole, par l'intermédiaire de leur branche retraite ;
- quatre caisses générales de sécurité sociale dans les DOM gèrent également, entre autres missions, le risque vieillesse de leur circonscription.

La gestion de la retraite complémentaire est plus éclatée puisqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2000, coexistaient 79 institutions ARCCO et 37 caisses AGIRC, soit 116 institutions de retraite complémentaire, la plupart rassemblées dans 44 structures mettant en commun des moyens de gestion<sup>9</sup>. Comme pour les caisses du régime général, la lisibilité pour l'usager des sigles des caisses de retraite complémentaire est perfectible. La mission a ainsi recensé neuf caisses ARCCO dont l'appellation commence par « CIR », pour « caisses interprofessionnelles – régionales - de retraite » (CIRCO, CIRNASE, CIRPEC, CIRPS, CIRRES, CIRRIC, CIRSE, CIRSEV, CIRSIC), sept caisses en « CRI », pour caisses de retraite interentreprises ou interprofessionnelles, dix-neuf caisses commençant par « IR » pour « institution de retraite ». Le tout est emboîté dans des groupes, dont les dénominations sont souvent empruntées à leur adresse (Groupe Taitbout Institutions, groupe Bayard Prévoyance...), ou parfois plus parlantes (« Retraites Unies »). Ces groupes eux-mêmes sont interprofessionnels ou professionnels, comprennent soit des institutions ARCCO, soit des institutions AGIRC, soit les deux. Il va de soi que ces appellations créent un risque réel de confusion<sup>10</sup>.

Le panorama se complexifie encore avec des logiques de compétence territoriale et des modes de fonctionnement spécifiques à chaque structure. La CNAV, qui a la responsabilité directe de la gestion du risque vieillesse, anime un réseau

<sup>9</sup> Si important soit-il, le nombre de caisses de retraite complémentaires a nettement diminué en 20ans dans le souci d'optimiser la gestion des régimes de retraite complémentaires. Par exemple, trois caisses ARCCO travaillant dans le même périmètre de la région Nord-Pas-de-Calais ont fusionné avec la CIRRIC au 1<sup>er</sup> janvier 1999. Les fédérations ont mis en place des outils pour permettre aux courriers des anciens assurés des caisses disparues (les participants n'avaient pu tous être prévenus) d'être aiguillés vers les caisses compétentes.

<sup>10</sup> Ainsi la mission a-t-elle eu à connaître du cas de M. A., qui s'est rendu compte au moment de prendre sa retraite, que les ASSÉDIC, au lieu d'envoyer leurs déclarations à la CIRCA (dernière caisse d'affiliation), les avaient communiquées des années durant... à la CIRCIA (caisse AGIRC).

de caisses à compétence régionale (ou interrégionale)<sup>11</sup> en métropole, et départementale pour les DOM, alors que les autres régimes de base ont leur propre logique territoriale. Les régimes complémentaires sont en effet organisés différemment, puisque l'ARRCO et l'AGIRC fédèrent quelque 120 caisses à compétence variable (interprofessionnelle ou professionnelle, nationale ou locale). Le rôle des fédérations est plus circonscrit que celui de la CNAV au sein du régime général ; il évolue en fonction des pouvoirs que leur confient les partenaires sociaux. En revanche les CICAS<sup>12</sup>, créés en 1971 par l'ARRCO pour fournir aux usagers une assistance personnalisée et remédier en partie aux inconvénients d'une structure dispersée, ont une vocation départementale.

Ces différences de compétences fonctionnelles et géographiques emportent naturellement des inconvénients, en particulier la difficulté accrue des coopérations, entre institutions sociales.

## La complexité peut être due à l'imbrication de diverses prestations

Il arrive, parce que la législation s'est construite par empilement de mesures successives, sans refonte d'ensemble, que diverses prestations visent les mêmes publics. Il en résulte un facteur de complexité double. D'une part, il peut être nécessaire d'avoir obtenu la liquidation d'une prestation pour recevoir l'autre : ainsi faut-il avoir eu notification du montant de certaines allocations des ASSÉDIC, par exemple l'allocation d'insertion, pour pouvoir déposer un dossier de demande de RMI. De même, est-il nécessaire, pour nombre de prestations, de fournir une fiche de non imposition ; mais depuis peu, certains services fiscaux ne les établissent plus aux personnes qui n'ont pas fourni de déclarations de revenus en temps et en heure. Il faut bien sûr fournir toutes les pièces disponibles concernant toutes les aides versées pour remplir un dossier de demande de couverture maladie universelle, de prestation dépendance etc. Il est parfois demandé de fournir des papiers relativement peu récents, ainsi tout ce qui touche aux ressources des douze derniers mois, voire des dix-huit derniers mois en allocations familiales (déclaration en juillet des revenus de l'année antérieure), or, nombre de personnes en situation difficile ne conservent pas les papiers, voire ne les comprenant pas, ne peuvent pas les produire quand il faut.

L'articulation entre allocation de parent isolé, allocation de soutien familial et pension alimentaire est si compliquée, que l'application des textes diverge en-

<sup>11</sup> Pour l'usager qui liquide un droit direct, la CRAM compétente est celle de son domicile ; cette caisse reste compétente ensuite même en cas de déménagement de l'assuré. Pour liquider un droit de réversion, la CRAM compétente est celle qui a liquidé le droit direct.

<sup>12</sup> Créés en 1971 par l'ARRCO, qui coordonne leur action, les CICAS sont gérés par des institutions qui se font rembourser en partie leurs frais de fonctionnement par l'ARRCO (le Groupe Taitbout Institutions gère neuf CICAS, PRO-BTP 1 CICAS, etc.).

core fortement selon les CAF, ce qui justifie la volonté de réforme actuellement exprimée par la CNAF

### **Les modalités d'exercice du droit à l'API sont appréciées de façon variable selon les caisses**

C'est dans le domaine du service de l'API, droit pourtant essentiel, puisqu'il constitue un minimum de ressources, que la mission a constaté la plus grande variété de situations et le plus fort taux d'erreurs ou d'interprétations hasardeuses des caisses. Or le public concerné est constitué à 90 % de femmes seules, en situation difficile.

Cette prestation fonctionne comme un revenu différentiel et supposerait donc que l'allocataire fasse valoir ses droits aux autres prestations, préalablement ou à l'occasion de la demande d'API. Or la mission a constaté que cette situation demeure exceptionnelle, puisque, en moyenne, moins du tiers des bénéficiaires de l'API perçoivent une ASF pour les enfants en cause et que ce taux a tendance à se réduire, preuve que le droit est de moins en moins correctement liquidé. Un tel chiffre supposerait que dans les deux tiers des cas où aucun droit à l'ASF n'est ouvert, une pension alimentaire est fixée et payée, ce qui n'est pas le cas. Mais ceci n'a aucune conséquence sur le montant de l'aide. Cette subsidiarité reste donc théorique. En revanche, les caisses de Paris et des Bouches-du-Rhône tirent du non-exercice du droit à l'ASF des conséquences graves en termes financiers pour l'allocataire, puisqu'elles réduisent le montant de l'API, voire même suspendent le droit, ce qui n'est explicitement prévu, ni par les textes législatifs ou réglementaires, ni par le suivi législatif mis en place par la CNAF. La variété même de ces interprétations et pratiques montre à l'évidence que les textes sont peu adaptés.

La législation est complexe et difficilement applicable en ce qui concerne les conséquences du non exercice du droit à l'ASF, lors de la demande d'API. En vertu de l'article R. 524-3 du Code de la sécurité sociale, le parent isolé perçoit l'allocation de parent isolé, lorsque la totalité de ses ressources, y compris les prestations familiales et sociales, légales, supplémentaires ou conventionnelles, est inférieure au montant maximum de l'allocation. La priorité des autres prestations familiales, et notamment de l'allocation de soutien familial, paraît ainsi affirmée. En vertu de l'article R. 524-4, sont également prises en compte, dans les ressources, les pensions alimentaires perçues par le parent isolé à quelque titre que ce soit, à concurrence du montant fixé par l'autorité judiciaire, sauf si l'intéressé apporte la preuve que, bien qu'il ait utilisé les moyens mis à sa disposition par la loi pour en obtenir le versement, tout ou partie de ces pensions ne lui est pas effectivement versé.

La situation est donc claire si une pension alimentaire est versée. Dans le cas contraire, l'allocataire doit être invité à faire une demande d'ASF et informé que si la demande d'allocation n'est pas formulée et si la pension n'est pas fixée,

la caisse « *pourra engager une action contre l'autre parent afin d'obtenir le remboursement des mensualités d'API* »<sup>13</sup>. Deux situations se présentent alors :

- un droit à l'ASF est ouvert et le montant de la prestation servie est pris en compte dans les ressources de l'allocataire. Si le montant de l'ASF est supérieur à la pension, aucune action de recouvrement de l'API n'est alors engagée. Si la pension est supérieure à l'ASF, il est procédé à son recouvrement selon les procédures examinées plus haut ;
- le droit à l'ASF n'est pas ouvert, car le bénéficiaire potentiel de l'ASF ne la demande pas ou la refuse, compte tenu de l'action en recouvrement sur les créances alimentaires qui serait effectuée sur son ex conjoint. Il arrive en effet que les relations soient telles que toute intervention risquerait de les envenimer encore plus. Dans ce cas, si la pension alimentaire est fixée et que l'allocataire se refuse à engager une action en recouvrement de la pension, c'est le montant de celle-ci qui est prise en compte dans les ressources de l'allocataire pour déterminer le montant de son allocation différentielle d'API. Si la pension alimentaire n'est pas fixée, la caisse doit mettre en œuvre la procédure de subrogation légale pour recouvrer le montant de l'API sur l'autre parent débiteur d'aliments, sauf si celui-ci est « hors d'état »<sup>14</sup>.

Il existe deux « sanctions » possibles en cas de refus de demande de l'ASF par l'allocataire, soit, si la pension est fixée, la prise en compte de son montant dans la base « ressources » de l'allocataire pour déterminer son droit à l'API ; soit, si elle n'est pas fixée, la mise en œuvre de la subrogation légale de la caisse lui permettant de recouvrer l'API sur l'autre parent. Concrètement, lors de ses contrôles, la mission n'a rencontré aucun cas de mise en œuvre de la subrogation légale de la caisse, mais une grande variété de procédures plus ou moins laxistes ou à la limite de l'illégalité, lorsque le droit à l'ASF n'était pas ouvert et qu'aucune pension alimentaire n'avait été fixée et exigée.

### Les pratiques des caisses se sont largement éloignées des textes

À l'occasion du contrôle des sept caisses, la mission a rencontré quatre ou cinq méthodes différentes de liquidation des droits à l'allocation de parent isolé.

- ***Certaines caisses assurent le service de l'API sans vérification du droit potentiel à l'ASF et sans incitation à l'exercice de ce droit***

C'est le cas notamment de la caisse de la Gironde. Lorsque la demande d'API est formulée, le droit est ouvert sans vérifier un droit potentiel à une ASF et sans qu'une demande ou des informations soient adressées à l'allocataire. De ce fait,

<sup>13</sup> Informations figurant en page trois du formulaire de demande.

<sup>14</sup> La subrogation légale peut être également mise en œuvre en application de l'article L. 524-4, prévoyant que les CAF sont subrogés de plein droit dans les droits de l'allocataire créancier d'aliments à l'égard du père ou de la mère, débiteur d'aliments, à concurrence du montant de l'allocation de parent isolé effectivement versé, lorsque ledit allocataire est séparé ou abandonné.

les seuls cas où une ASF est elle, versée et servie en même temps que l'API, sont ceux où le service en est automatique, c'est-à-dire en cas de veuvage et le nombre d'allocataires de l'API bénéficiant également d'une ASF va en décroissant.

Certes, dans un premier temps, le droit de l'allocataire est intégralement préservé, mais une perte de droits peut intervenir lorsque le bénéficiaire de l'API s'éteint, à l'occasion d'une reprise d'activité, ou au bout d'un an ou au troisième anniversaire du plus jeune des enfants, car l'ASF est sans conditions de ressources. À l'inverse, en cas de filiation établie à l'égard de l'autre parent et de non-fixation ou non-paiement de pension alimentaire, l'absence de demande d'ASFR conduit la caisse par le paiement direct de l'API, à se substituer à l'obligation alimentaire, même si l'intéressé est en état de payer une pension.

À la caisse de la Réunion, jusqu'en juin 2000, il n'était pas prévu de s'assurer de l'envoi au demandeur de l'API d'un formulaire de demande d'ASF. Mais, compte tenu du niveau respectif des montants des droits à l'API et au RMI, un complément différentiel de RMI est, dans la plupart des cas, servi à l'allocataire et alors les procédures de l'« ASF théorique » prévues pour le RMI s'appliquent<sup>15</sup>.

- ***Certaines caisses assurent le service de l'API après incitation à l'exercice du droit à l'ASF par l'envoi d'un formulaire de demande***

Cette pratique rencontrée notamment à la caisse de Rouen est sans doute celle qui se rapproche le plus du droit, même si la mission n'a pas vu de cas de mise en œuvre de la subrogation légale API, si le refus de demander l'ASF était explicite et le débiteur potentiel d'aliments en état de contribuer à l'entretien de ses enfants.

- ***Les caisses parisiennes avaient mis en place jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2001 une « ASF fictive », analogue au système de l'« ASF théorique » existant pour le service du RMI sur la base d'un suivi législatif particulier***

Les caisses parisiennes avaient mis en place une « ASF fictive » dans la base « ressources » de l'API, minorant celle-ci d'autant, dès lors que l'intéressé n'avait pas fait valoir ses droits à l'ASF, sous réserve de l'obtention d'un refus écrit de l'allocataire ou d'une enquête d'un contrôleur permettant de constater ce refus. Ces dispositions résultaient d'un texte de suivi législatif du 31 juillet 1990 (fiches 9-1 et 9-2), propre à Paris. Ces pratiques n'étaient pas, selon l'inspection générale, conformes à la lettre des textes<sup>16</sup>.

<sup>15</sup> Elles sont prévues à l'article 23 de la loi du 1<sup>er</sup> décembre 1988, qui stipule que le versement de l'allocation est subordonné à la condition que l'intéressé fasse valoir ses droits aux prestations sociales et aux créances d'aliments. L'intéressé peut toutefois demander à être dispensé de faire valoir ses droits à des créances d'aliments par le préfet dont la décision peut aboutir à une réduction de l'allocation d'un montant au plus égal à celui de la créance alimentaire lorsqu'elle est fixée ou à celui de l'allocation de soutien familial. En matière de RMI, la fixation d'une allocation de soutien familial théorique, en cas de refus par le demandeur de faire valoir ses droits aux créances d'aliment, est, lorsqu'elle est justifiée généralement mise en œuvre.

<sup>16</sup> La CAF de Paris s'est mise en conformité avec les textes à partir du 1<sup>er</sup> mars 2001 et a donc renoncé à cette ASF fictive pour l'API.

Même, en restant dans la logique de la caisse, qui appliquait des dispositions voisines de celles existant dans le RMI, la mission a pu constater de nombreux dysfonctionnements :

- l'absence, dans la quasi-totalité des cas, de refus explicite de l'allocataire de demander l'ASF ou de contrôle de sa situation comme prévu dans la circulaire propre à cette caisse ;
- la mise en place de l'« ASF fictive » dans des délais variables, soit immédiatement, soit au bout de trois ou quatre mois ;
- la déduction était effectuée, même si l'intéressée avait fait une demande d'ASF mentionnant l'absence de revenus du débiteur potentiel ou sa disparition, ou si des démarches devant les tribunaux, éventuellement avec demande d'aide juridictionnelle avaient été entreprises ;
- la déduction d'une ASF fictive, dans le cas d'une mère célibataire ayant reconnu seule son enfant et où aucun débiteur d'aliment ne pouvait être recherché ;
- un rétablissement de l'ASF en cas de preuve de l'aboutissement d'une démarche, octroi de l'aide juridictionnelle par exemple mais sans rappel, ce qui à Paris, était particulièrement pénalisant, compte tenu des délais de procédures ;
- l'absence de preuve que l'intéressée s'était vu adresser une demande d'ASF.

En tout état de cause l'usager n'était pas informé des conséquences que la caisse tirerait du non-retour de la demande d'ASF, cette information ne figurant (et pour cause puisqu'elle était contraire au droit), ni sur la demande d'API qui ne mentionnait que la subrogation légale en API, ni sur la demande d'ASF, ni sur les dépliants d'information diffusés par la caisse<sup>17</sup>.

▪ ***La caisse des Bouches-du-Rhône suspend le droit à l'API, en cas de non-exercice du droit à l'ASF, du fait des difficultés de la mise en œuvre de la subrogation légale***

En matière d'API, la CAF des Bouches-du-Rhône retient une interprétation encore plus « rigoureuse » des textes, allant même jusqu'à la suspension du droit à l'API. Avant la mise en place de « Cristal », la caisse interrompait le versement de l'API en cas de nouvelles naissances, considérant que « *ne peut plus être retenu, le caractère temporaire et transitoire du versement de l'API et, dès lors, si elle était de nouveau servie, cette prestation serait détournée de sa destination première, voulue par le législateur* »<sup>18</sup>. Cette interprétation juridiquement fragile, semble, à juste titre, abandonnée. La caisse a, en outre, indiqué à la mission qu'un réexamen des situations a été opéré à cette occasion sur réclamation, dans le cadre de la prescription biennale et assortie d'un contrôle de situation. Le réexamen n'a cependant pas été systématique et les conditions de son exercice

<sup>17</sup> Au contraire, le *Guide des prestations 2000*, largement diffusé précise que l'on peut « cumuler l'API et l'ASF, mais que dans ce cas, le montant de l'ASF sera déduit du montant de l'API ». L'allocataire peut en conclure s'il ouvre droit à l'API que la demande d'ASF est inutile car ses droits n'en seront pas majorés.

<sup>18</sup> Décisions de CRA du 1<sup>er</sup> semestre 1999.

n'ont pas conduit, vraisemblablement, à un rétablissement de droits pour tous les allocataires. En cas de non-retour de la demande d'ASF, adressée lors de la demande d'API, le droit à l'API, n'est pas reconduit lors de l'échéance trimestrielle suivante. Les services de la caisse estiment qu'à défaut de décret d'application sur la subrogation légale au titre de l'API ils ne sont pas subrogés en l'absence de signature de la demande d'ASF<sup>19</sup>. Ils arrêtent donc le paiement de l'API. Antérieurement était déduite une ASF « fictive ». Si l'ASF est demandée pour certains enfants du foyer et pas pour d'autres, la majoration d'API est supprimée au titre de ces derniers. En cas de refus de poursuivre les démarches nécessaires pour la fixation de la pension alimentaire, les services interrompent également l'API<sup>20</sup>. Si la pension alimentaire est fixée, mais non versée, et que l'allocataire refuse de demander l'ASFR, le montant de la pension est intégré dans les ressources du demandeur pour le calcul de l'API. Ces interprétations sont contraires aux textes qui prévoient une subrogation de plein droit de la CAF dans les droits de l'allocataire créancier d'aliments (article L. 524-4 du Code de la sécurité sociale), mais non la suppression de la prestation. Elles sont à l'origine de recours devant les CRA et les tribunaux. Elles ont pour conséquence de baisser le niveau de vie des usagers en dessous du minimum admis.

▪ ***La mission n'a rencontré aucun cas de mise en œuvre de la subrogation légale de la caisse, pour le recouvrement de l'API auprès du débiteur d'aliments***

À défaut du versement de l'ASF, si aucune pension alimentaire n'est fixée, l'API doit être versée sans réduction d'aucune sorte au titre d'une pension alimentaire ou d'une ASF fictive. Mais dans ce cas, comme dans le cas d'une pension alimentaire fixée et non payée sans ASF, la caisse dispose d'un droit de recouvrement de l'API versée contre le débiteur d'aliments à titre subrogatoire. Cette disposition, prévue dès l'origine, concernait les recours contre les seuls époux, mais a été étendue à tous les parents, qu'ils aient été mariés ou non.

La mission n'a rencontré aucun cas de mise en application de ces dispositions, et selon les propos mêmes des représentants de la CNAF, ils se compteraient « *sur les doigts d'une seule main* ». Cette action soulève en effet de difficiles problèmes, dans les cas où la CAF ne dispose pas de titre judiciaire pour recouvrer sa créance. En effet, sa créance ne saurait excéder le montant de la pension alimentaire éventuellement due par le parent débiteur potentiel d'aliments et elle n'a pas le droit reconnu de saisir directement le juge aux affaires familiales pour fixer l'obligation alimentaire. La caisse doit donc se tourner vers le TASS pour obtenir un titre de recouvrement et celui-ci, qui ne peut fixer la créance de la caisse sans connaître le montant de l'obligation alimentaire, doit saisir le juge des affaires familiales d'une demande reconventionnelle à cette fin. On voit donc qu'il s'agit d'une procédure lourde et longue à mettre

<sup>19</sup> Cette analyse ne paraît pas fondée dans la mesure où la demande d'API signée par l'allocataire mentionne le droit de la caisse à exercer la subrogation légale.

<sup>20</sup> Décisions de CRA.

en œuvre. Son aboutissement peut intervenir alors que la situation du débiteur d'aliments a changé, rendant inefficace le recouvrement de la créance par la caisse. Toutefois, lorsque la créance de la caisse est connue, c'est-à-dire en cas de pension fixée et non payée, la caisse privilégie la formule de prise en compte de cette pension dans la « base ressource » de l'allocataire API et ne saisit pas davantage le TASS pour obtenir un titre de recouvrement sur le débiteur d'aliments défaillant. Cette pratique a le grand inconvénient de priver l'allocataire, qui est, on le rappelle, un parent isolé et son très jeune enfant, d'un revenu effectif, alors que l'ASF avait été prévue pour les cas dans lesquels précisément la pension est fixée et non payée.

La situation est paradoxale, puisque le revenu du foyer dans lequel se trouve le jeune enfant ne dépend plus des rentrées effectives d'argent, du versement de la pension, mais en quelque sorte du revenu nominal ; dès lors qu'une pension est fixée, elle est considérée comme revenu et entraîne un abattement sur l'allocation de parent isolé versée. Dans des cas rares, les juges des affaires familiales fixent une pension, de préférence à hauteur de l'ASF et immédiatement déclarent le parent qui doit la verser insolvable ; ainsi le parent isolé peut toucher l'ASF à taux plein, tant qu'il aura l'enfant à charge et quels que soient ses revenus par ailleurs. Le mécanisme de subsidiarité entre API et ASF, est alors sans conséquence pour l'allocataire, tant que celui-ci reste dans les conditions lui permettant de percevoir l'API.

## Un paysage juridictionnel peu compréhensible

### Les tribunaux sont nombreux et peu connus

#### Quatre juridictions sont compétentes pour les litiges opposant usagers et organismes payeurs de prestations

Hormis les litiges portés, comme pour d'autres organismes, devant les juges civil et pénal et devant le juge administratif selon la matière, les litiges relatifs à la gestion du risque, donc opposant usagers et organismes payeurs, relèvent de quatre juridictions différentes, en première instance et en appel.

- **Les tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS)**

Les litiges relatifs à l'affiliation aux différents régimes de sécurité sociale, à l'attribution et au service des prestations de sécurité sociale<sup>21</sup>, sont dits « de contentieux général » (article L. 142-1 du Code de la sécurité sociale). Ils doi-

<sup>21</sup> Hormis celles liées à l'invalidité et à l'incapacité et à l'assiette et au recouvrement des cotisations.

vent être portés devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale, après qu'a été exercée une demande de recours gracieux devant les commissions de recours amiable (CRA) des organismes payeurs.

– En assurance maladie, les litiges portent sur l'affiliation (en voie d'extinction), sur le paiement des indemnités journalières de maladie, de maternité, sur le paiement des pensions d'invalidité, sur le remboursement des prestations en nature<sup>22</sup>, sur la prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles. Ces principes concernent tous les assurés et les fonctionnaires.

– En assurance vieillesse, les litiges portent sur le calcul des pensions du régime général et de certains régimes complémentaires, comme celui des travailleurs indépendants.

– En allocations familiales, relèvent du contentieux général : la liquidation de toutes les prestations de sécurité sociale et celle de certaines prestations d'État, l'allocation aux adultes handicapés (AAH), le complément d'allocation de rentrée scolaire, le complément d'allocation handicapé, l'aide à l'autonomie de vie des handicapés.

– Enfin, tous les litiges relatifs à la liquidation et au recouvrement de toutes les cotisations, y compris des régimes non salariés, relèvent du contentieux général.

Hormis les litiges relatifs au calcul des taux de cotisations d'accidents du travail et à l'octroi de certaines prestations liées au handicap, tout contentieux doit être précédé d'un recours devant la commission de recours amiable, instituée dans chaque organisme. Les tribunaux des affaires de sécurité sociale, qui ont succédé aux commissions de première instance depuis la loi du 3 janvier 1985, sont des tribunaux spécialisés de l'ordre judiciaire. Ils sont composés par échevinage : seul le président est un magistrat professionnel, honoraire ou en activité ; les assesseurs, au nombre de deux, représentent de manière paritaire les salariés et les employeurs ; suivant les régimes, ils sont proposés par les organisations syndicales, au prorata de leurs résultats aux élections professionnelles. La loi du 25 juillet 1985 dispose que c'est le premier président de la cour d'appel qui désigne le président et les assesseurs. Aux termes de ce texte, la présence d'un assesseur au moins est désormais nécessaire, sauf si les parties acceptent que le président siège seul. En général, les assesseurs sont présents. L'appel est porté devant les chambres sociales des cours d'appel, puis pour les motifs tenant uniquement à l'application du droit, devant la chambre sociale de la Cour de Cassation.

#### ▪ *Les tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI)*

Les litiges relatifs à l'état, ou au degré, d'invalidité et à l'état d'inaptitude au travail en cas d'invalidité civile, ou résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, sont portés en première instance devant les tribunaux du

<sup>22</sup> Par exemple : pour une entente préalable non faite, une dérogation pour un établissement de santé hors secteur non accordée ou non notifiée, un litige sur la nomenclature.

contentieux de l'incapacité, institués dans le ressort de chaque Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS). Au-delà d'un degré d'inaptitude de 10 %, en ce qui concerne les accidents du travail, et dans tous les cas pour les inaptitudes dues à d'autres causes, il y a possibilité d'appel devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT). C'est la chambre sociale de la Cour de Cassation qui est juge de cassation. Les juridictions de l'incapacité sont composées de fonctionnaires des DRASS et pour part des caisses d'assurance maladie (20 % en moyenne pour les TCI). Y siègent un médecin expert, désigné par la DRASS, en principe le médecin inspecteur et les médecins conseils de la caisse. Le requérant peut se faire assister par son médecin traitant, qui participe alors à l'examen. C'est un fonctionnaire, représentant le directeur régional des affaires sanitaires et sociales, qui préside la formation. La loi du 18 janvier 1994, a réformé le contentieux de l'incapacité : les commissions régionales d'incapacité sont désormais appelées « tribunaux du contentieux de l'incapacité ». La commission nationale technique est devenue la « Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail ». Les décrets relatifs au fonctionnement des tribunaux de première instance n'ont cependant pas encore été publiés.

#### ▪ *Les tribunaux administratifs*

Les contentieux relatifs à des prestations d'État, qui ne relèvent pas de l'aide sociale, telle l'allocation personnalisée au logement (APL), sont portés directement devant les tribunaux administratifs, après recours gracieux devant les SDAPL (commissions de recours amiable, au sein des directions départementales de l'équipement). Il arrive que celles-ci délèguent leur compétence aux commissions de recours amiable des caisses d'allocations familiales, qui liquident pour le compte de l'État ces prestations. Ce sont les cours administratives d'appel qui sont alors juges d'appel et le Conseil d'État, juge de cassation.

#### ▪ *Les juridictions de l'aide sociale*

Tous les contentieux relatifs aux prestations d'aide sociale, que celles-ci soient imputées sur les budgets des départements ou sur celui de l'État, selon une partition complexe, faisant intervenir et le statut des bénéficiaires et leur domicile de secours, sont portés devant les commissions départementales d'aide sociale (CDAS), après recours gracieux, possible, mais non obligatoire, auprès du préfet ou du président du conseil général. Cette commission présidée par un magistrat, judiciaire, honoraire ou en activité, est composée de représentants des élus du conseil général et de l'État, auxquels sont adjoints pour les affaires traitant du revenu minimum d'insertion, deux membres de la commission locale d'insertion. Un fonctionnaire, du département ou de l'État, selon la compétence du payeur, est rapporteur avec voix délibérative.

La Commission centrale d'aide sociale (CCAS), juridiction dont le greffe est assuré par la Direction générale de l'action sociale du ministère de l'Emploi et

de la Solidarité, et qui est présidée par un conseiller d'État, juge de l'appel. Elle est divisée en six sections, présidées par des conseillers d'État et composées de juges et de personnes qualifiées. Là aussi, le rapporteur (choisi parmi les personnels du Conseil d'État, de la Cour des Comptes, des fonctionnaires du ministère de la Solidarité et de ses services déconcentrés et des personnes qualifiées) a voix délibérative pour l'affaire qu'il rapporte. Le commissaire du gouvernement n'a pas voix délibérative. C'est le Conseil d'État qui est juge de cassation.

### **D'autres juges sont compétents**

En matière d'aide sociale, le juge civil reste compétent pour tout ce qui concerne l'obligation alimentaire et, partant, la répartition entre obligés de la part qui leur incombe, en fonction de leurs revenus. Le département peut saisir concurremment le juge des affaires familiales et la Commission centrale d'aide sociale, si bien qu'il arrive que le juge civil statue avant la commission, et fixe la totalité de la contribution des obligés à un niveau supérieur à celui qu'aurait fixé la commission, qui se trouve en quelque sorte dessaisie. De plus, la loi a donné compétence au juge administratif pour tous les litiges relevant de l'aide sociale à l'enfance. Enfin, les contentieux relatifs à la reconnaissance et au classement du travailleur handicapé (COTOREP<sup>23</sup>, première section) relèvent de la commission départementale du handicap, qui siège à la Direction départementale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle.

## **Un usager peut avoir à plaider devant plusieurs tribunaux, pour le même litige**

### **Le contentieux des décisions de COTOREP illustre cette complexité**

Le contentieux relatif aux décisions de la COTOREP illustre la complexité des règles gouvernant la répartition des compétences en matière d'action sociale. Les litiges concernant la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, à son classement, l'affectation à un emploi réservé, relèvent donc de cette commission administrative de recours. Ceux relatifs à l'attribution de l'AAH, c'est-à-dire relatifs à la fixation du taux d'incapacité et à la déclaration d'inaptitude au travail, dépendent du tribunal du contentieux de l'incapacité. En revanche, les litiges relatifs au calcul du montant de l'AAH en fonction des ressources et de la composition du foyer, une fois l'incapacité reconnue, sont de la compétence de la commission de recours amiable de la caisse d'allocations familiales, puis du TASS. En outre, les contentieux relatifs à la liquidation de l'allocation

<sup>23</sup> COTOREP : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.

compensatrice sont à porter devant les commissions départementales d'aide sociale. Enfin, si une personne handicapée perçoit des prestations du département, dites facultatives (fixées par le règlement départemental et non par la loi), les litiges relatifs à de telles prestations, sont à porter devant les tribunaux administratifs, tandis que les litiges relatifs à la tarification des établissements recevant des handicapés, relèvent de la commission régionale de tarification et de la Cour nationale de tarification.

---

### **Le contentieux des accidents du travail et des allocations familiales n'est pas plus clair**

En matière d'accident du travail, les règles ne sont pas moins complexes : en effet, c'est le tribunal du contentieux de l'incapacité qui est compétent en matière d'imputation de l'accident du travail au compte de l'employeur (par exemple, s'il s'agit de savoir si une surdité est due à une exposition professionnelle ou à l'âge), de détermination du taux réel de cotisations, des ristournes et des cotisations supplémentaires, ainsi que pour la date de consolidation et le taux d'incapacité. Mais c'est le tribunal des affaires de sécurité sociale qui connaît de la qualification de l'accident ou de la maladie, de l'assiette et du recouvrement des cotisations. C'est donc lui qui peut être saisi par la victime et la caisse en cas de faute inexcusable de l'employeur. Le contentieux relatif au calcul de la rente ou du capital relève aussi du TASS. En revanche, quand les cotisations et les majorations forfaitaires sont fixées à un taux collectif (branche, profession) il s'agira d'une mesure réglementaire qui se conteste devant le juge administratif. Enfin, il appartient à la victime, ou à ses ayants droit, de se porter devant la juridiction de droit commun en cas de faute intentionnelle de l'employeur, ou d'un de ses préposés.

Un allocataire titulaire de prestations familiales, et notamment d'une allocation de soutien familiale, dont une des conditions de versement est l'isolement, d'un revenu minimum d'insertion et d'une aide personnalisée au logement, dont les montants varient en fonction de la composition de la famille, aura à se porter devant trois juridictions, en cas de contestation de la liquidation de ses prestations.

---

### **Le recouvrement des indus met en œuvre des procédures opaques**

En matière de recouvrement d'indus, les procédures sont aussi différentes selon les prestations. Pour les prestations familiales, si l'allocataire ne conteste pas l'indu et s'il continue à recevoir des prestations familiales, la caisse d'allocations familiales peut opérer des retenues sur les prestations versées : soit pour récupérer la totalité de l'indu en une seule fois, si l'allocataire en est d'accord, soit pour opérer des retenues, selon un barème qui tient compte des ressources, des charges de logement et du quotient familial et qui est progressif (de 200 F pour un revenu net des charges de logement de moins de 900 F environ par mois, de 25 % ensuite, jusqu'à 60 % des revenus quand ceux-ci sont supérieurs à 4 000 F par mois pour une personne seule). Ce régime est plus restrictif que l'an-

ancien article R. 553-2 du Code de la sécurité sociale, qui prévoyait des retenues égales à 20 % des prestations dues. Parallèlement à la demande d'étalement des remboursements ainsi défini, l'allocataire peut présenter une demande de remise partielle ou totale de dette à la commission de recours amiable. L'allocataire à qui la caisse demande de rembourser un trop payé, peut donc saisir la commission de recours amiable d'une demande de remise de dette et/ou d'une réclamation contestant l'indu. Dans un délai d'un mois après saisine de la commission de recours amiable, si celle-ci n'a pas répondu ou, en cas de rejet de la demande, l'allocataire peut alors saisir le tribunal des affaires sociales. Le TASS peut, soit débouter l'organisme de sa demande de recouvrement d'un indu, soit étaler l'indu, sans dépasser le délai de deux ans. Seul l'organisme a qualité pour admettre une remise de dette, dont la juridiction ne peut décider. Enfin, l'allocataire débouté par le TASS, au motif que l'indu était bien avéré, peut se retourner au civil contre l'organisme qui serait à l'origine du trop payé, et obtenir des dommages et intérêts. Il faut dire que seule une lecture attentive du Code de la sécurité sociale permet d'être au courant de cette voie de recours !

### **Les procédures de remises de dettes sont diversifiées**

En matière de recouvrement de dettes (quand il n'y a pas possibilité d'opérer des retenues), les procédures sont tout aussi diversifiées : pour toutes les dettes afférentes à des prestations de sécurité sociale les organismes doivent se pourvoir devant le TASS, afin que soit émis un titre de recouvrement. En ce qui concerne des trop payés de RMI, c'est le trésorier payeur général qui peut émettre le titre. Les indus d'aide personnalisée au logement sont à recouvrer devant le Tribunal administratif.

## **Un droit social méconnu et difficile à appliquer**

### **Cette multiplicité de juridictions présente de sérieux inconvénients**

#### **Les organismes sociaux maîtrisent mal les jurisprudences**

Un même organisme a en face de lui plusieurs juges.

Par exemple, la CAF pour les litiges relatifs aux prestations est en relation avec :

- le TASS pour les prestations de sécurité sociale et pour l'AAH, pour le complément et pour la prestation d'autonomie ainsi que pour l'allocation de rentrée scolaire et son complément depuis 1994 ;

- le tribunal administratif pour l'APL ;
- la CDAS, dans une composition spéciale, pour les litiges relatifs au versement du RMI.

Les caisses primaires d'assurance maladie doivent se pourvoir devant le TASS pour toutes les prestations en espèces et en nature, mais comme ce sont elles qui liquident la prise en charge de la part complémentaire des assurés de la couverture maladie universelle, elles relèvent à ce titre de la CDAS. Pour la fixation du taux d'incapacité ou d'invalidité, elles se pourvoient devant le TCI. Les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) sont jugées par les TASS pour leur activité retraite, par les TCI pour l'invalidité et la tarification des accidents du travail.

Il faut donc reconnaître, que les organismes et leurs services contentieux, ont des difficultés à bien suivre la jurisprudence des différents tribunaux, avec le risque de voir se réitérer à différents endroits des erreurs de droit, sanctionnées par le juge dans d'autres lieux.

---

### **Les juges ne sont pas connus**

Le juge n'a pas de visibilité sociale et partant, il n'est pas considéré par les associations d'usagers, de consommateurs et même les organisations syndicales comme le recours légitime à encourager. Beaucoup d'affaires ne sont pas plaidées, qui donneraient raison aux usagers. Il faut rappeler que pour les juges eux-mêmes, les affaires de sécurité sociale sont considérées comme complexes. Il est ainsi des juges des affaires familiales qui ne fixent pas de pensions alimentaires pour des mères, au motif que le père disposerait de ressources faibles, alors que la procédure nécessaire pour que la personne ait droit à l'allocation de soutien familial est de fixer une pension, au niveau minimum du plafond de l'allocation de soutien familial, quitte à déclarer insolvable le père. Cette complexité rend, en outre, plus hypothétique l'intervention d'un médiateur ou d'une aide juridictionnelle quelconque. Ni les travailleurs sociaux, ni les personnels administratifs, ni même les avocats, de surcroît lorsqu'ils sont rémunérés par l'aide juridictionnelle, ne maîtrisent parfaitement la procédure et la matière de ces contentieux hautement spécialisés.

---

### **Le droit social devient parfois incohérent**

Deux juges voire davantage peuvent intervenir sur des affaires liées, donnant des interprétations du droit contradictoires. Par exemple, un même allocataire peut percevoir à la fois le RMI (juge de l'aide sociale), l'allocation de soutien familial (tribunaux de sécurité sociale) et l'APL (tribunal administratif). Pour chacune de ces prestations, s'il s'agit d'une personne isolée, cet isolement peut être contesté, pour suspicion de vie maritale. Mais l'appréciation par chacun des juges de ce concept peut être différente. Ainsi, la Cour de Cassation a-t-elle, dans

un arrêt *Chana Itema* du 11 juillet 1991, débouté une caisse d'allocations familiales qui avait supprimé un avantage lié à l'isolement, au motif que l'allocataire menait une vie maritale, alors que le concubin était sans ressource.

On peut enfin se demander si la diffraction entre diverses juridictions des litiges, qui naissent entre les organismes sociaux et leurs usagers, ne participe pas à un renforcement d'une vision technocratique du rôle de ces organismes. En raisonnant prestation par prestation, et non pas en fonction de la situation globale des usagers, les organismes sociaux risquent de privilégier une approche purement gestionnaire de la liquidation des prestations, par rapport à une approche sociale. On peut citer, par exemple, le problème de la révision des prestations sous conditions de ressources en fonction de l'évolution de celles-ci : les caisses de sécurité sociale, en application de dispositions réglementaires, les examinent une fois par an, sauf dans le cas des publics les plus instables, c'est-à-dire, les titulaires du RMI, de l'API<sup>24</sup> (pour lesquels il est pratiqué une révision trimestrielle) et de la CMU, pour laquelle est adopté le critère de ressources des douze derniers mois glissants. On fixe donc des prestations sur la base des ressources de l'année antérieure. Ce système revient à accorder des allocations différentielles à des assurés, non pas en fonction de leur budget à un instant « T », mais en fonction de la situation de l'année antérieure. Il suppose qu'il est possible à une personne qui gagne le SMIC d'économiser le montant d'une APL à taux plein, pour payer son loyer au moment où elle ne gagnera plus que la moitié du SMIC et qu'elle ne percevra pas d'APL au motif que ses ressources antérieures étaient trop élevées ! S'agissant du calcul de l'allocation adulte handicapé, pour des personnes en bénéficiant à un taux différentiel, car titulaires aussi d'un minimum vieillesse ou invalidité, la Cour de Cassation, dans un arrêt *Faure* du 10 mars 1994, a estimé que la CAF devait réexaminer le calcul de l'AAH, dès lors que les ressources, issues par exemple de l'avantage vieillesse ou invalidité, variaient au cours de la période. La caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), dans une circulaire de 1994 estime qu'une telle procédure, si elle ne modifie pas les sommes payées *in fine* (elle décalerait simplement les augmentations et les diminutions dues aux usagers), lui coûterait trop cher en gestion pour l'appliquer. En conséquence, la CNAF a décidé de ne pas en tenir compte.

Tout se passe comme si s'érigait peu à peu un face à face entre des juges qui interprètent le droit social dans une logique plutôt soucieuse de la réalité (un concubin sans ressources ne peut remplacer un père obligé alimentaire pour un enfant ; ne pas réviser le montant d'un minimum social en temps réel aboutit à faire vivre des personnes avec des ressources inférieures au montant légalement fixé comme minimum vital) et des organismes pour lesquels la règle de droit renvoie d'abord à des impératifs de gestion. Il est clair que, dans ce contexte, l'éparpillement des juges sociaux ne renforce pas leur audience.

<sup>24</sup> API : allocation de parent isolé.

## Le juge doit suppléer aux manques de la législation

Nombre de lois ne peuvent entrer en vigueur sans les décrets d'application. Il arrive que le juge soit obligé d'interpréter et de trancher sans que les textes aient été publics. En outre le paysage législatif, issu d'une accumulation de strates est parfois contradictoire et d'interprétation difficile. En matière d'aide sociale, depuis la décentralisation, les questions de répartition de compétences entre les collectivités publiques ne sont pas toutes résolues. À cet égard, la notion de domicile de secours génère encore 10 % du contentieux de la section handicapés de la CCAS. Avant la décentralisation, les dépenses d'aide sociale étant avancées par les départements, mais remboursées par des crédits d'État, des débats sur le domicile de secours, c'est-à-dire la détermination de la collectivité locale compétente pour un bénéficiaire, étaient relativement théoriques. Désormais c'est le domicile de secours qui détermine la collectivité locale à qui va être imputée la dépense d'aide sociale en cause. Un domicile de secours, aux termes du Code de l'aide sociale, s'acquiert par une résidence continue, à un même endroit, de trois mois. Mais, selon la loi du 6 janvier 1986, ce domicile de secours ne se perd pas par un séjour en établissement, au domicile d'un particulier agréé ou en placement familial, afin de ne pas pénaliser les départements accueillant dans des établissements des personnes âgées ou handicapées, venant d'autres départements.

Pour illustrer la complexité du dispositif on peut citer l'exemple d'un jeune handicapé adulte, né en Côte-d'Or et scolarisé dans un institut médico-pédagogique de ce département. À l'issue de cette scolarité, il obtient une place dans un centre d'aide par le travail en Haute-Vienne et doit être logé dans un foyer d'hébergement en semi internat dans cette région. Étant passé du domicile de ses parents en Côte-d'Or à un établissement en Côte-d'Or, puis directement à un autre lieu institutionnel en Haute-Vienne, doit-il conserver son domicile de secours d'origine ? En d'autres termes, le département de la Côte-d'Or, dans lequel il n'habite plus, qui n'emploie pas les personnels qui s'occupent de lui, dans lequel n'habitent ni ne contribuent ses parents, devra-t-il payer son hébergement jusqu'à la fin de sa vie ? Pour lui non plus, la question n'est pas dénuée d'intérêt : si son domicile de secours, n'est pas le lieu où il habite, où doit-il déposer sa demande de renouvellement en COTOREP ? Quel règlement départemental d'aide sociale doit-on lui appliquer : celui de la Côte-d'Or, qui, estimant qu'il est hébergé dans une structure assimilable à un foyer d'hébergement, ne lui conserve que 20 % de son allocation d'adulte handicapé, une fois payés ses frais de location, ou celui de la Haute-Vienne, plus généreux et qui s'applique à ses camarades travaillant dans le même CAT et logés selon le même système que lui ? L'administration n'a pas complété la loi précitée, ni le décret du 31 décembre 1977 relatif à l'abattement sur les ressources des handicapés, pour y introduire le cas de ces nouveaux modes d'hébergement, qui pourtant se développent : logements dans des appartements sociaux ou privés retenus par le service d'accompagnement social, alimentation servie par des restaurations

collectives et hébergement et repas réglés directement par les personnes handicapées ou leurs tuteurs éventuels. Des textes sont intervenus pour d'autres modes d'hébergement, mais par pour tous. C'est le juge qui doit alors assimiler tel mode d'hébergement à un établissement ou à une résidence propre et dire quels effets a cette domiciliation. De telles interprétations relèveraient pourtant davantage du pouvoir réglementaire.

### **Le droit social a forgé des concepts juridiques souvent inopérants**

Le paradoxe de la législation sociale tient au fait qu'elle doit apporter une aide à des individus, en tendant à rester la plus juste et la plus équitable possible. C'est ainsi que la situation d'isolement donne lieu à des conflits contentieux de plus en plus difficiles à régler. Plusieurs prestations exigent en effet que soit rempli ce critère d'isolement : l'allocation de soutien familial versée au parent à qui l'autre parent ne verse pas la pension alimentaire déterminée par le juge aux affaires familiales ; l'allocation de parent isolé, minimum social versée à une mère isolée d'un enfant de moins de trois ans ; le revenu minimum d'insertion ; les allocations de logement dont le barème prend en compte la situation d'isolement. Le critère d'isolement n'est pas d'ordre purement juridique, les organismes requalifiant, après enquête, la situation de fait des allocataires : deux personnes de sexe opposé seront considérées comme vivant maritalement, une mère isolée avec un enfant n'est plus considérée comme isolée dès qu'elle vit avec un homme, qui peut être une relation occasionnelle et en tout cas n'est pas le père de son enfant. De fait, la notion d'isolement est un « mixte » de statut et de mode de vie et c'est au bout du compte au juge qu'il reviendra d'interpréter cette notion.

Certaines commissions d'admission à l'aide sociale ont elles aussi une interprétation extensive de la notion de foyer, attribuant par exemple à une personne âgée, hébergée chez ses enfants, toutes les ressources du foyer, pour refuser des prestations d'aide sociale.

Les critères employés sont si complexes qu'ils nécessitent un véritable travail jurisprudentiel, difficile à mettre en œuvre par les organismes, y compris les plus soucieux d'appliquer le droit.

## Chapitre 2

# Un cadre rigide, des situations instables

**L**a complexité est une caractéristique des sociétés développées, il paraît donc vain de vouloir l'éradiquer. Néanmoins, une large partie de cette complexité est due non pas à la stratification du droit, décrite ci-dessus ou à la réalité sociale, mais à la superposition de règles de gestion et de droit rigides à des situations de plus en plus labiles. La création de la sécurité sociale en 1945 s'inscrivait en plein essor d'une société de croissance, de plein emploi et familialiste. Lui succède une société post-moderne, dans laquelle le travail et en tout cas l'emploi stable ne constituent plus l'horizon unique, tandis que les liens familiaux et de solidarité prennent des formes plus fluctuantes. Dans ce contexte, l'usager « moyen » existe moins que jamais et les institutions peinent à appréhender cette différenciation croissante.

## Des statuts sociaux évolutifs

On l'a dit, à la stabilité de la carrière et de la famille ont succédé l'instabilité des insertions professionnelles, la mobilité géographique et résidentielle, la diversification culturelle et la pluralité des liens familiaux. Or le système social est bâti sur le principe de la catégorisation, de politiques publiques dédiées à telle ou telle catégorie de personnes, de populations, caractérisées par leur handicap (les personnes âgées dépendantes ou non, les parents isolés, les détenus, les demandeurs d'emploi de longue durée, les handicapés etc.) ou leur niveau de ressources. Dès lors, certaines procédures se traduisent, pour les usagers, par des difficultés particulières.

## Les conditions de ressources soulèvent des problèmes d'appréciation

Les personnes aux ressources faibles ne souffrent pas seulement, pour partie, de la modicité de leur revenu, mais également et peut-être plus encore de leur instabilité et de la difficulté à prévoir ces revenus. C'est pourquoi les systèmes

employés pour calculer les prestations auxquelles elles ont droit en fonction de leurs revenus sont peu adaptés à une aide à la pauvreté. C'est pourquoi aussi, les procédés de recouvrement des indus sont fréquemment générateurs d'exclusion.

### **Le calcul des prestations sous conditions de ressources est le plus souvent compliqué et inopérant**

En premier lieu, il n'existe pas de règle de calcul des ressources commune à toutes les ressources. Alors que les employeurs font une déclaration annuelle des salaires et avantages versés unique, aux services fiscaux et sociaux, les salariés, demandeurs d'emploi et autres usagers sont tenus de remplir une déclaration par organisme. Ceci, sans que les calculs soient identiques d'un organisme et surtout d'une prestation à l'autre. Outre le périmètre des ressources retenues (par exemple l'intégration ou non des avantages sociaux liés au logement) la période de référence n'est pas non plus identique pour chaque prestation, même quand celles-ci sont gérées par un seul organisme : pour l'aide personnalisée au logement et pour l'allocation de logement, les ressources sont estimées sur la base de la déclaration de ressource connue au 1<sup>er</sup> juillet de l'année en cours, reprenant les ressources de l'année précédente. Ainsi est-il possible de toucher une allocation logement lorsque les revenus dépassent largement le plafond, dès lors qu'ils étaient plus bas l'année précédente. De même, un jeune de moins de 25 ans qui ne percevrait pas encore le RMI et serait sans ressource, ne recevrait pas d'allocation logement, dès lors qu'il aura gagné l'équivalent du SMIC au cours de l'année précédente. Il en est de même pour le calcul du minimum vieillesse et de l'allocation aux adultes handicapés. S'il est plus rare que la situation de personne âgée ou de handicap s'inverse, il est possible que la situation du ménage fluctue, soumettant alors ces foyers, par définition fragiles, à des ruptures ou variations de droit. Ainsi, la Cour de Cassation a estimé qu'il revenait, dans le cas de cumul entre une allocation aux adultes handicapés et une pension d'invalidité, de réviser la prestation due en temps réel. C'est parce que ce système est ressenti comme peu adapté aux populations en grande difficulté qu'il a été aménagé pour les allocations qui leur sont destinées : les minima sociaux, type RMI et API sont calculés sur la base ressources du trimestre précédent. En revanche, pour la CMU, un autre système a été choisi, le droit étant calculé sur une base ressources des douze derniers mois glissants. S'ajoutent à la diversité de ces règles, celles afférentes au cumul entre une allocation de chômage et une activité réduite et à l'intéressement, c'est-à-dire le cumul possible, de manière dégressive, entre un revenu tiré d'une activité et le RMI ou l'ASS. Certes, il semble préférable de ne demander aux allocataires leurs ressources qu'une fois par an et d'attendre qu'ils aient reçu leur avis d'imposition ou de non imposition pour ce faire. Surtout, réévaluer les droits à des échéances plus rapprochées présente l'avantage d'une meilleure correspondance avec les situations réelles. Quant au système de cumul entre un revenu social et un revenu d'activité, il doit obéir à des règles complexes pour être à la fois incitatif à la reprise d'activité et équitable au regard de l'ensemble de la population.

Ces contradictions sont donc particulièrement malaisées à surmonter. Pour autant les disparités actuellement à l'œuvre font apparaître des marges de simplification importante, notamment entre les principaux minima sociaux.

### **Les prestations ne sont pas adaptées à une mesure des ressources en temps réel**

L'un des enjeux majeurs est ici d'adapter quasiment en temps réel, les revenus de substitution à la situation de revenus des personnes, ce qui appelle un effort d'explication sur les « règles du jeu » : définition des notions de ressources, de foyer, de situation matrimoniale, etc. Les stratégies d'information et d'accueil développées par le régime d'assurance chômage pourraient être utilement reprises par les organismes du type CAF ou CPAM. L'accueil collectif mériterait d'être ici développé. Un temps suffisant pour remplir les demandes d'aide devrait être consacré lors de l'accueil individuel. L'allocataire se verrait alors expliquer les facteurs susceptibles de faire changer sa situation et bien sûr serait tenu de les déclarer. Certaines prestations versées sous conditions de ressources pourraient donner lieu à l'établissement d'un feuillet à remplir par le tiers témoin du changement : le nouvel employeur, le gestionnaire d'une autre prestation, ou l'intéressé lui-même en cas de changement familial.

Bien évidemment il serait difficile d'obtenir des usagers qu'ils déclarent des changements de situation n'améliorant pas leur situation, et susceptibles de réduire leurs droits : ainsi du passage de la situation d'isolement à celle de concubinage avec une autre personne sans ressource qui peut certes permettre au titulaire de l'API de bénéficier du RMI couple avec enfant, mais avec un total de prestations inférieur à l'addition d'une API au RMI « célibataire ». Il importe donc de réfléchir à des critères d'attribution simples, et aussi détachés que possible des choix de vie autres qu'économiques.

### **Le contrôle des conditions d'isolement par les caisses d'allocations familiales devient obsolète**

#### **Le contrôle fait partie des missions des CAF**

Les organismes de sécurité sociale sont, depuis longtemps, sensibilisés au contrôle. Celui-ci était autrefois mobilisé sur les vérifications des délégataires de l'agence comptable et, conçu comme un contrôle de production de la qualité du travail du liquidateur et non pas une vérification globale des droits et obligations de l'assuré ou de l'allocataire. Dans les années 1990, sous l'impulsion du ministère chargé de la sécurité sociale, relayé par les caisses nationales, notamment dans le cadre des conventions d'objectif et de gestion, le contrôle s'est diversifié et est devenu autant le souci de l'ordonnateur que

du comptable dans le cadre de l'établissement de plans de contrôle. Il n'a cependant pas encore pour vocation de suivre en temps réel la situation des allocataires.

L'article L. 583-3 du Code de la sécurité sociale confirme la mission de contrôle des caisses d'allocations familiales : « *Les organismes débiteurs de prestations familiales vérifient les déclarations des allocataires, notamment en ce qui concerne leur situation de famille, les enfants et personnes à charge, leurs ressources, le montant de leur loyer, leurs conditions de logement. Pour l'exercice de leur contrôle, les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment les administrations financières, et aux organismes de sécurité sociale, de retraite complémentaire et d'indemnisation du chômage, qui sont tenus de leur communiquer. Les informations demandées aux allocataires, aux administrations et aux organismes ci-dessus mentionnés doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'attribution des prestations familiales. Un décret fixera les modalités d'information des allocataires qui font l'objet d'un contrôle défini dans le présent article. Les personnels des organismes débiteurs sont tenus au secret quant aux informations qui leur sont communiquées. Le versement des prestations peut être suspendu si l'allocataire refuse de se soumettre aux contrôles prévus par le présent article* ».

Le contrôle est particulièrement nécessaire en matière d'allocations d'isolement, compte tenu de la complexité des situations familiales et de la sensibilité financière de l'allocation de parent isolé aux ressources du foyer. Il vise à ne donner à l'allocataire que ses droits, mais aussi tous ses droits et se traduit à la fois par des rappels et des indus ; il peut permettre, s'il intervient en temps utile, de prévenir des indus qui pourraient, par leur importance liée au montant de la prestation, compromettre des situations personnelles. Dans l'état actuel de la législation, ce contrôle est particulièrement difficile, compte tenu de la précarité des personnes concernées et de la fréquente instabilité de leur situation, qui peuvent soulever le problème de la définition de la notion d'isolement et de ses limites. Le contrôle des bénéficiaires d'allocations d'isolement, s'il présente certaines spécificités, n'est pas dissociable des contrôles portant sur d'autres allocations, les bénéficiaires d'allocation de parent isolé bénéficiant d'une allocation différentielle largement fonction des autres allocations perçues.

Les contrôles peuvent s'opérer sur pièces ou sur place, conformément aux objectifs fixés par la CNAF.

## **Le contrôle des liquidateurs n'est pas assez personnalisé**

### **▪ Un contrôle sur pièces**

Le contrôle sur pièces a été sensiblement développé dans les dernières années, en particulier par le biais de l'informatisation. Il porte de manière géné-

rale sur les déclarations de ressources, sur des éléments spécifiques aux bénéficiaires d'allocations d'isolement et rencontre des limites tenant au système national d'organisation.

Contrôle de masse, le contrôle sur pièces repose sur un ressort essentiellement quantitatif, sans que la portée de ses résultats ne soit véritablement significative d'efficacité.

#### ▪ *Un contrôle opérationnel des déclarations périodiques*

Le contrôle des déclarations annuelles de ressources est largement automatisé grâce à des croisements informatiques désormais possibles avec la Direction générale des impôts pour le rapprochement avec la déclaration annuelle de revenus, avec les ASSEDIC pour l'indemnisation du chômage et avec le CNA-SEA pour les aides liées à la formation professionnelle. Il donne lieu à des traitements de masse reposant de plus en plus sur la lecture optique et, parfois, voire une saisie extérieure. L'étude des anomalies représente néanmoins un travail important, assuré par les techniciens conseils qui examinent et analysent celles qui ne peuvent être traitées informatiquement et, le cas échéant, révisent les droits. L'absence, jusqu'à présent, de l'utilisation du numéro INSEE dans le processus de liaison avec la Direction générale des impôts interdit un allègement significatif de ces opérations. Les déclarations trimestrielles de ressources, qui concernent, en particulier l'allocation de parent isolé, sont, elles, généralement saisies par les techniciens conseils qui, à cette occasion, procèdent cependant rarement à un examen de la situation des intéressés. Le système informatique effectue automatiquement l'ensemble des calculs des droits en tenant compte des autres prestations versées par la caisse d'allocations familiales.

#### ▪ *Un contrôle inégal à l'initiative des caisses*

Le plan de contrôle annuel de chaque caisse détermine un certain nombre de contrôles sur pièces. Des cibles de contrôle sur pièces sont fixées par la plupart des organismes en matière d'allocation d'isolement, tout en variant d'une caisse à l'autre et d'une année à l'autre. Ainsi, la CAF de Rouen contrôle tous les dossiers d'API entre le troisième et le sixième mois. Le contrôle des ASF hors d'état est retenu par plusieurs caisses, notamment La Réunion et les Bouches-du-Rhône. La caisse d'Elbeuf contrôle plus particulièrement les séparations avec « partage » d'enfants, la succession de faits générateurs réouvrant un droit à l'API, le demandeur hébergé par un tiers de sexe opposé. Certaines caisses ont mis en place des systèmes d'accès informatisés aux informations détenues par une autre branche de la protection sociale. La caisse des Bouches-du-Rhône et celle de la Gironde disposent ainsi dans le cadre d'une convention avec l'ASSEDIC de terminaux d'accès à cet organisme. Il est regrettable que de telles liaisons n'aient pu être mises en place au sein du régime général avec les caisses primaires et régionales d'assurance maladie.

### ▪ *Des limites tenant au système national d'organisation*

Des améliorations peuvent donc encore être apportées au système informatique national. Par ailleurs, il paraît nécessaire de s'interroger aujourd'hui sur le système désuet d'immatriculation des allocataires des caisses d'allocations familiales. Chaque caisse a une numérotation propre qui, dans les organismes visités, ne relève d'aucune logique et ne permet pas, seule, de limiter des doublons. Ce numéro change, en cas de mutation entre CAF ou parfois en cas de modification de situation familiale. Il serait hautement souhaitable que les caisses remplacent le numéro d'allocataire par un numéro signifiant et attaché à la personne de l'allocataire, quelles que soient sa CAF de rattachement et sa situation familiale. La solution la plus simple serait d'adopter le numéro de sécurité sociale que les CAF enregistrent déjà dans leur fichier et devraient pouvoir logiquement et légitimement utiliser. Ce mode d'identification faciliterait également les vérifications en rendant possibles des rapprochements inter caisses. Telle n'est pas l'orientation retenue dans le cadre du nouveau système national « Cristal ».

---

### **Le contrôle des situations réelles est particulièrement malaisé**

L'importance attachée à l'isolement est également l'objet de débats. La priorité donnée à ce type de contrôle au début des années 1990 s'est fortement atténuée à la fin de celles-ci, la priorité assignée par l'État au contrôle du RMI conduisant parfois à négliger celui de l'isolement (CAF de Paris) dont l'impact est néanmoins essentiel sur les diverses prestations soumises à condition de ressources aussi bien que sur les droits à certains minima sociaux à l'ASF et au recouvrement des pensions alimentaires. Une alternative claire se dessine donc : soit la condition même d'isolement est remise en cause ou réduite à l'isolement vérifiable par l'état civil ; soit dans le cas contraire, il y a lieu de l'exiger. Une autre solution que l'IGAS n'a pas explorée dans cette enquête de terrain serait l'individualisation des prestations sociales telle qu'elle a été proposée par plusieurs rapports (Belorgey, Charvet, CES). En l'occurrence, on peut s'interroger en tout cas sur la portée d'une vérification reposant sur des notions aussi mouvantes que le concubinage. Enfin, le principe même d'une condition d'isolement en matière d'ASF récupérable est sujet à caution, puisque l'obligation alimentaire ne saurait s'éteindre lorsque la bénéficiaire reprend une vie commune.

Plus grave, le contrôle effectué très en aval est générateur d'indus. Ainsi une pensionnaire d'un centre d'hébergement et de réinsertion sociale qui n'avait pas déclaré une reprise de vie commune de 1996 à 1998 se voit demander, à la suite d'un contrôle, le remboursement d'une somme supérieure à 100 000 F, ce qui excède largement ses capacités financières, au moment où elle serait en voie de se réinsérer, son concubin ayant retrouvé un modeste emploi leur permettant de louer un logement. La CAF considère qu'il y a fraude et refuse toute remise

de dette. Dans certaines de ces situations, l'allocataire aurait éventuellement pu prétendre au RMI, limitant les risques d'indus et comportant certains avantages que n'offre pas l'API.

Le contrôle permet en revanche de faire valoir certains droits, tels l'allocation de soutien familial ou les allocations de logement, qui n'auraient pas été ouverts à défaut de demande. C'est souvent le seul moment où l'on procède à un examen global de la situation administrative d'un allocataire. Le contrôleur s'assure dans ce cadre qu'ils ont été tous liquidés. Les rappels représentent souvent des montants importants, qui, du fait de leur rétroactivité, dépassent parfois les indus, comme en 1999 à la Réunion pour les contrôles sur place des situations familiales ou en représentent un pourcentage non négligeable, 80 % pour les contrôles API. Le contrôle assorti à une liquidation personnalisée a donc également un rôle protecteur des droits des allocataires qu'il est important de bien prendre en compte.

### **Les résultats du contrôle sont insuffisamment mesurés**

Les contrôles et enquêtes débouchent donc sur des rappels et des indus, selon le cas. Depuis l'implantation de « Cristal », dans l'attente d'un nouveau logiciel propre au contrôle, ces opérations ne sont mesurées que par un chiffre global de rappel et d'indus, sans possibilité, dans la plupart des caisses, de rattachement à un type de motif, de prestation ou par agent de contrôle.

Il est indispensable que, dans un proche avenir, les services de contrôle puissent disposer d'un véritable outil de gestion, cerner l'efficacité des contrôles à la demande et des contrôles ciblés selon leur objet ou leur nature.

### **Les effets du contrôle sont rarement explicités**

Que le contrôle aboutisse ou non à un redressement et à une demande de reversement, il est nécessaire d'en expliquer les ressorts en partant du principe que l'erreur de l'usager est plus fréquente que la fraude. Or, les notifications générales adressées par le système « Cristal », outre le fait qu'elles soient dénuées de formules de politesse et impersonnelles, sont fréquemment incompréhensibles. La prévention des erreurs ou fraudes des usagers passe par une explicitation des règles et des pouvoirs des organismes à les contrôler. À cette fin, chaque redressement devrait comprendre une explication du calcul des indus, une orientation vers une demande de prestation de substitution quand tel est le cas, voire l'adressage du dossier avec copie à l'usager. C'est le cas en fin de droits à l'API pour cause de cessation d'isolement, qui peut donner lieu à ouverture d'un droit à RMI couple ; de même une fin d'API pour cause d'âge de l'enfant ou de l'existence d'un débiteur de pension alimentaire peut donner lieu à une orientation vers l'ASF. La fin de droit ne se solde pas ici, comme une fin de compte.

## Un cumul de problèmes, une multiplicité d'intervenants

La multiplicité d'intervenants dans le domaine social ne provient pas seulement de la décentralisation, ou d'une mauvaise organisation. Elle est d'abord due à la variété des causes sur lesquelles il faut intervenir pour remédier aux situations sociales difficiles.

C'est ce partenariat indispensable qui est décrit ci-après pour la prise en charge de certains demandeurs d'emploi par les ASSEDIC. C'est également l'orientation qu'il faut développer pour la prise en charge de certaines populations en souffrance mentale, tels les adolescents ou certaines personnes sans domicile fixe.

## Les ASSEDIC sont faiblement impliquées dans les dispositifs de lutte contre les exclusions

### Les ASSEDIC participent peu à la mise en œuvre de la loi du 28 juillet 1998

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 28 juillet 1998 comprend un volet emploi, particulièrement ample, de nature à favoriser le retour à l'accès à l'emploi des populations les plus fragiles.

Les ASSEDIC visitées semblent, deux ans après sa publication, insuffisamment impliquées dans ce dispositif, dont la philosophie est pourtant d'assurer la transversalité nécessaire aux traitements de tous les problèmes des personnes exclues :

- avec la Commission d'action sociale d'urgence. Alors que les représentants de la CAF et de la CPAM y participent activement, des correspondants ASSEDIC pourraient être systématiquement désignés pour chaque Commission d'action sociale d'urgence. Ils n'ont pas vocation à siéger en commission, mais plutôt à répondre à ses questions sur les particularités de la réglementation ou des circuits ASSEDIC ;
- avec le Fonds social logement (FSL) et le Fonds d'aide à l'énergie (FAE). L'attribution de fonds sociaux de l'ASSEDIC à ces organismes devraient systématiquement amener ses représentants à participer à ces structures, de manière centralisée (FSL) ou locale, au niveau de chaque commission (FAE) ;
- avec les transporteurs publics. Les demandeurs d'emploi pouvant, sous certaines conditions, bénéficier de la gratuité des transports, un circuit quotidien de demandes d'attestations, centralisé par la coordination opérationnelle allocataires, permettrait d'éviter de nombreux déplacements et visites. Cette

question est essentielle tant pour les usagers, qui éviteraient ainsi un déplacement, que pour l'ASSEDIC qui réduirait de manière importante les visites sans valeur ajoutée. Les bonnes pratiques observées à Toulouse ou à Lille gagneraient à être généralisées. Sans doute cela passe-t-il par l'installation de permanences ASSEDIC dans les locaux des transporteurs.

### **La politique de partenariat des ASSEDIC reste peu développée**

Le partenariat est la seule réponse efficace aux situations difficiles à appréhender des plus démunis. Les ASSEDIC doivent être incitées à engager un partenariat actif et continu avec les services publics et les associations, afin de mieux prendre compte tous les publics. Or la mission a pu constater des carences importantes dans ce domaine. Sur ce point, elle estime clairement qu'il est indispensable de s'assurer que tous les demandeurs d'emploi ont été pris en compte par le dispositif mis en place, ont été informés, s'il le faut accompagnés. Cela suppose une organisation et une méthode, qui soient inscrites dans un partenariat précis et contractualisé.

Il existe en effet une grande diversité d'acteurs sur le terrain, les administrations (DDTEFP, DASS...) les organismes de sécurité sociale (CAF, CPAM, CRAM) les autres institutions (ANPE, CCAS, missions locales, PAIO, collectivités territoriales), les associations caritatives. Les partenariats développés sont déterminés par le contexte local et régional, mais ils se rationalisent également dans le cadre de structures spécifiques centralisées comme les commissions d'Aide sociale d'urgence (CASU), les comités FSL, et « Solidarité Énergie » ou des lieux ressources du type maisons ou plates formes de services publics. Le régime d'assurance chômage ne saurait en faire abstraction

### **La coopération technique avec les principales institutions sociales n'est pas assez développée**

La coopération des ASSEDIC avec l'ANPE s'est très fortement renforcée après le transfert de l'inscription de demandeurs d'emploi. Plusieurs mesures complémentaires recommandées par l'IGAS dans son rapport public de 1999, ont été décidées mises en œuvre ; elles sont suivies par le groupe tripartite État/UNEDIC/ANPE.

La coopération avec les organismes de sécurité sociale, notamment les caisses d'allocations familiales se développe. Elle porte sur l'échange d'information, l'installation de terminaux, de bornes interactives.

#### **▪ Avec d'autres partenaires**

Dans le cadre de la gestion des conventions de conversion, des agents de l'ASSEDIC doivent se déplacer régulièrement auprès de l'entreprise concernée, afin notamment de délivrer une information précise à tous les acteurs du licen-

ciement collectif (direction et salariés). Informations et débat sont aussi essentiels en direction des entreprises de travail temporaire, pour tenter de lever les difficultés constatées au moment de l'inscription.

▪ **Dans un cadre multilatéral**

L'ASSEDIC de Bretagne est au cœur d'un partenariat très dense :

- avec le conseil régional (« chèque force »), les conseils généraux, la DDASS, la préfecture, la DDTEFP, l'ANPE, les PAE (trente en Ille-et-Vilaine), l'AFPA ;
- entre ses antennes départementales et l'ANPE ;
- dans le cadre de la cellule ERIKA (département 56) ;

Elle a mis en place, pour le Morbihan, une charte générale du *Guide des prestations sociales*. Ce guide est né d'une volonté commune d'unir les compétences de neuf institutions (ANPE – ASSEDIC – CAF – CPAM – CRAM – DDASS - conseil général/DISS – MSA - ONAC) pour les mettre au service de la population. Destiné aux professionnels, il présente le réseau des organismes et des institutions sociales et les principes généraux d'accès aux droits selon les institutions.

L'ASSEDIC de la Moselle a conçu une information destinée au public, par l'intermédiaire des agents de l'ASSEDIC, avec une grande diversité d'organismes partenaires (ANPE, mission locale, CAF, CPAM, organismes de formation, municipalités, points emplois, CCAS, assistantes sociales de secteur, associations de chômeurs, DDTEFP, conseils de prud'hommes, inspection du travail) dans le but d'améliorer les connaissances réciproques. Ceci a débouché sur des actions spécifiques en direction des jeunes primo demandeurs d'emploi (avec l'ANPE, la mission locale) des jeunes libérables du service national (avec l'ANPE), des licenciés collectifs (avec l'ANPE), des demandeurs d'emploi ayant régulièrement des activités réduites, des bénéficiaires de formation...

L'ASSEDIC Oise et Somme a une préoccupation identique. Elle veut se doter d'une stratégie pour « sortir des murs » et nouer un partenariat contractuel, efficace avec les CCAS, la CAF, les associations, l'ANPE et l'AFPA.

L'ASSEDIC des Hauts-de-France a aussi noué des relations étroites avec ses principaux partenaires, de manière à faciliter le parcours des demandeurs d'emploi.

Il faut néanmoins noter que en ce qui concerne la lutte contre l'exclusion, les ASSEDIC doivent s'intégrer aux partenariats existant plutôt que de vouloir développer un partenariat à leur initiative. En effet les DDTEFP et les DDASS ont pour cible essentielle les populations exclues et rien ne servirait de mettre en place de nouvelles coordinations.

## **Des relations plus étroites avec les associations seraient nécessaires**

Selon tous les praticiens de terrain, l'amont de l'accès au droit, est, pour la population la plus fragile, affaire de spécialistes.

Le transfert de l'inscription des demandeurs d'emploi aux ASSEDIC leur a facilité l'accès aux droits et aux services de l'emploi ; cependant son impact, en termes de sécurisation des parcours professionnels, d'accompagnement de la mobilité et de droit individuel à la formation, reste faible, en raison du déficit de liens et d'échanges entre les ASSEDIC et les opérateurs de l'accompagnement, ceci sur plusieurs plans :

- le manque d'information sur la nature et les conditions d'accès aux aides du fonds social des ASSEDIC (régé par le règlement du 1<sup>er</sup> octobre 1997) est déploré tant par les professionnels de l'insertion que par les demandeurs d'emploi eux-mêmes ;
- la disposition, mentionnée à l'article 17 du règlement, concernant les secours d'urgence, semble relever d'un pouvoir discrétionnaire ;
- la mise en place de partenariats permettant d'améliorer le suivi individuel des demandeurs d'emploi entre les ASSEDIC et les services d'accompagnement (y compris l'ANPE) repose sur la volonté des techniciens. De ce fait, les professionnels qui accompagnent les demandeurs d'emploi n'ont souvent d'autres recours que de passer par l'intermédiaire du fichier de l'ANPE.

La mission a pu mesurer le caractère très lacunaire des relations contractuelles de l'ASSEDIC avec les partenaires associatifs. Ici ou là on peut trouver trace de relations, sous formes de participation sans implication ou d'une subvention sans objectif précis clairement affiché. Or, une avancée significative sur le chemin de la prise en compte des plus démunis exige qu'à ce niveau, les décisions opérationnelles soient prises, après consultation du mouvement associatif.

## **La prise en charge psychiatrique des adolescents souffre d'un manque d'actions coordonnées**

Les causes de la souffrance psychique sont le plus souvent multiples. Dès lors, sa prise en charge implique toujours une action coordonnée de nombreux intervenants : éducation nationale, services de pédiatrie, protection maternelle et infantile, services sociaux et familiaux en plus du secteur infanto-juvénile pour la prise en charge des enfants malades psychiatriques ; services sociaux, services d'insertion économique, services de logement, services locaux pour des personnes adultes malades mentales, souvent en butte à des difficultés.

L'enquête conduite par l'IGAS sur le premier accueil des adolescents présentant des difficultés psychologiques est illustrative de ce besoin.

Les adolescents, âgés de 12 à 25 ans selon une définition largement partagée par les différents acteurs sociaux<sup>25</sup>, présentent actuellement des caractéristiques convergentes, dont attestent l'ensemble des indicateurs disponibles :

- la fréquence des tentatives de suicide augmente et l'âge du passage à l'acte s'abaisse ;
- la violence devient un phénomène quantitativement important : violences sexuelles subies, racket, consommation régulière de drogues illicites, de tabac ou d'alcool ;
- les accidents sont la première cause de mortalité des 15-24 ans ;
- la déscolarisation est de plus en plus fréquente dans cette tranche d'âge (augmentation de demandes de dossiers d'enseignement par correspondance, absentéisme scolaire).

Les équipes de santé scolaire et les responsables des services de protection judiciaire de la jeunesse, notent aussi que les modes d'entrée dans la santé mentale ne sont plus toujours les mêmes qu'auparavant dans cette tranche de population : c'est la consommation de produits illicites qui équilibre une psychose ignorée ou la mise en place d'actes de délinquance par ces adolescents, qui deviennent un moyen d'accès aux soins psychiatriques.

Les entretiens réalisés avec les patients permettent à la mission de souligner trois domaines où les réponses apportées par les dispositifs d'accueil et de prise en charge ne sont pas satisfaisantes :

- l'isolement des parents face à des troubles psychiatriques de leurs enfants, longtemps niés et difficilement acceptables ;
- la faiblesse de l'écoute et de la prévention dans les milieux ordinaires où vivent les adolescents ;
- l'inadaptation, à leurs pathologies, des divers lieux de prise en charge des adolescents.

À l'évidence, la création dans chaque zone sanitaire d'un projet commun et partagé d'accueil et de prise en charge spécifiques de cette population par les équipes de psychiatrie infanto-juvénile et adulte, apparaît aujourd'hui nécessaire. Le lien institutionnel entre les différents intervenants, la communauté scolaire, les équipes médico-sociales et le secteur psychiatrique, doit être au mieux renforcé, sinon créé. Les équipes de secteur de santé mentale devraient pouvoir venir en appui médical auprès de ces autres intervenants, sans pour autant prendre en charge ces adolescents qui ne relèvent pas systématiquement de la psychiatrie.

Compte tenu des particularismes du domaine psychiatrique, l'IGAS a jugé nécessaire d'illustrer ses constats par des exemples de trajectoires individuelles, davantage encore que dans les autres chapitres du présent rapport.

---

<sup>25</sup> Haut Comité de santé publique.

## L'isolement des parents est grand

### ▪ Isolement et incompréhension

L'IGAS a estimé intéressant de reconstituer le parcours d'un jeune adulte hospitalisé, âgé de 24 ans, depuis l'installation de la famille à Évry, dans l'Essonne, en 1978, en s'entretenant avec ses parents : « *Sa scolarité obligatoire a été marginale et chaotique. Il a un comportement violent. Les parents ont toujours pensé que cet état relevait de la crise de l'adolescence : " Nous avons un médecin de famille qui connaît trop bien notre fils, puisqu'il ne nous a jamais rien dit. Il a minimisé la situation, parlant d'un déficit magnésien". Après avoir " tout " raté, il a fait son service militaire à Djibouti pendant seize mois. Là encore, cela ne s'est pas très bien passé avec la hiérarchie. Après son service, il connaît une période stable et réussit son BEP à l'AFPA puis poursuit une formation complémentaire demandée par l'ANPE afin de rentrer comme technicien à la SNECMA. Il y est embauché avec un contrat à durée indéterminé. C'est suite à un changement d'horaire (passage de l'équipe d'après-midi à celle du matin), après un an d'activité sans problème professionnel particulier, que son état psychiatrique s'est détérioré : propos incohérents et violences physiques sur ses parents. Un médecin généraliste remplaçant leur conseille une consultation chez un psychiatre. Mais leur fils refuse. Ce refus durera un mois. Un psychiatre consulté en urgence leur conseille de porter plainte s'il continue à les frapper. Le médecin ne leur a jamais proposé une hospitalisation sous contrainte et les parents ne voulaient pas porter plainte contre leur fils. Devant une aggravation de la situation, ils appellent SOS- psychiatrie qui leur conseille d'alerter le 15. Le 15 leur indique la procédure de l'HDT. Ils appellent le médecin généraliste remplaçant qui leur permet de réaliser une demande d'hospitalisation sous contrainte. Le SAMU et la police dirigent leur enfant sur les urgences. Après dix-neuf jours d'hospitalisation, il retrouve son travail. Après une semaine d'activité professionnelle, il recommence à tenir des propos incohérents et se met à boire, ce qui nécessite une réévaluation psychiatrique et une nouvelle hospitalisation. »*

Cet entretien avec les parents d'un jeune psychotique révèle un total isolement des parents devant la maladie mentale de leur fils. Ils ont le sentiment que personne ne voulait les entendre, qu'aucun professionnel de santé ou même les structures d'urgence ne voulaient intervenir parce que leur fils représentait un danger physique. D'autres témoignages, en particulier, ceux recueillis auprès des associations des familles des malades mentaux ou des malades eux-mêmes confirment les difficultés qui pèsent sur l'entourage du malade.

### ▪ Isolement face à des manifestations aiguës de la maladie psychiatrique

Cet autre témoignage familial illustre un cas de figure fréquent<sup>26</sup> : « *Mon fils avait 20 ans, et avait déjà fait deux séjours à l'hôpital psychiatrique à la suite*

<sup>26</sup> Témoignage recueilli par l'association "Schizo ?...Oui !" »

*de crises violentes. En novembre 1996, six mois après sa sortie de l'hôpital, son état s'est aggravé de nouveau et j'ai décidé de demander une hospitalisation, car il refusait de continuer son traitement. Bien que son cas soit connu, son psychiatre à l'hôpital ne pouvait pas m'aider. Il fallait que je l'amène avec deux certificats médicaux. Voici le récit de cette tentative d'hospitalisation :*

- 6 novembre à 19 heures : appel à “ SOS Psychiatrie ”. Explication avec le psychiatre qui me demande de le rappeler dans deux heures. Cet organisme n'aime pas venir en banlieue et je n'ai pas réussi à le joindre à nouveau ce soir là ;*
- 19 h 30 : appel au 15 qui prévient la police. Elle arrive bien avant le médecin, à huit dans deux voitures. Refusant d'attendre le médecin, ils donnent le choix à mon fils : “ Ou vous vous soignez, ou vous quittez les lieux ”. Mon fils quitte la maison au moment où le médecin arrive. Il s'en suit une dispute sur le trottoir entre la police et le médecin qui leur reproche d'avoir pris cette initiative. Pendant ce temps, mon fils part en courant et la police ne fait rien pour le retenir ;*
- 7 novembre à 18 heures : coup de téléphone d'un ami de mon fils qui me demande de venir le chercher car planqué devant chez lui, il n'arrête pas de sonner. J'avise la police qui ne peut rien faire “ tant qu'il ne dérange pas l'ordre public ” ;*
- 19 h 30 : appel au SAMU. C'est La Croix Rouge (donc des bénévoles) qui arrive tout de suite mais sans médecin. Ils ne parviennent pas à convaincre mon fils de monter dans l'ambulance. Le SAMU repart en le laissant sur le trottoir et j'arrive à le ramener chez nous. Je précise qu'il est en état de somnambulisme, ne parle pas, avance très lentement ;*
- 21 h 30 : appel à SOS médecins qui préviennent la police qui arrive de nouveau avant le médecin mais cette fois-ci, elle l'attend. Il semblerait que le 15 s'est plaint du comportement de la police. Le médecin signe le premier certificat et la police amène mon fils à l'hôpital voisin qui n'ayant pas de service psychiatrique décide de l'envoyer à Sainte Anne. Je demande qu'il soit envoyé directement vers l'hôpital du secteur ;*
- 24 heures : nous nous trouvons au commissariat à attendre l'ambulance. La police ne peut pas nous accompagner ;*
- 8 novembre à 3 h 45 : arrivée à l'hôpital - qui décide de le garder - 33 heures plus tard !*

▪ **Les parents se sentent souvent seuls et incompris devant le refus de soin de l'adolescent**

Les observations des adolescents dont l'état de santé nécessite une prise en charge par une équipe de santé mentale, montrent que pendant une longue période, la maladie mentale n'est pas perçue de leurs proches.

C'est la problématique centrale ressortant de l'entretien qui suit : « Entré dans le service en hospitalisation d'office, ce malade psychotique, âgé de

22 ans, n'a jamais eu conscience de son état. D'un niveau scolaire correspondant à la première année du baccalauréat professionnel, il a arrêté une formation en alternance après un conflit avec son employeur en 1997. La même année, il écope d'une amende infligée par le tribunal suite à une faute commise dans un supermarché. Il n'a jamais consulté un psychiatre auparavant ; seul le médecin généraliste que la mère consulte régulièrement, lui a prescrit une radiographie au mois de juin, après un accident de bicyclette. Il vit seul, avec sa mère avec laquelle il est en conflit : « Depuis sa séparation avec son mari, (13 ans) ma mère ne cesse de me mentir ». Sa mère a provoqué l'hospitalisation d'office après qu'il l'ait battue et menacée. C'est elle qui a demandé et obtenu sa mise en hospitalisation à la demande d'un tiers au mois d'août, afin de réintégrer, lors des permissions, le domicile familial ».

L'analyse de ce cas avec l'équipe soignante et le psychiatre met en évidence la négation par le malade et son entourage de la maladie mentale. Ce malade n'était pas connu des services de santé et le point d'entrée a été l'urgence signalée par la demande d'intervention de la police.

L'équipe souligne le tabou majeur pour la mère que représente la « folie ».

Le discours de l'adolescent exprime un déni de la réalité et projette sur les autres ce qu'il ressent : « *Je ne suis pas malade et c'est vous qui n'allez pas bien* » Les parents expriment alors un sentiment d'impuissance vis à vis de leur enfant : « *nous n'arrivons pas à le convaincre, nous avons tout essayé* ».

**■ Isolement des parents devant l'insuffisance de prise en charge pendant une période longue où la maladie évolue à bas bruit**

Les parents se sentent d'autant plus isolés que, souvent, le discours du psychiatre exprime la nécessité d'une adhésion du malade aux soins, selon la théorie, très largement entendue par la mission, que s'il n'y a pas consentement du patient, il n'y aura pas d'efficacité thérapeutique de la prise en charge. Rejet de la pathologie psychiatrique par l'adolescent, et rejet d'une prise en charge non consentie par le psychiatre : cette contradiction pèse de tout son poids sur les parents, au quotidien, sans autre possibilité de solutions qu'une souffrance insupportable. Devant l'isolement des familles confrontées aux troubles psychiatriques de leurs proches, la mission a pu apprécier le rôle joué par le service « Écoute-famille » de l'UNAFAM, comme intermédiaire privilégié d'aide aux familles et aux malades afin que celles-ci rompent leur isolement et puissent être orientées vers les structures de prise en charge de la maladie mentale. L'IGAS ne peut que souligner l'intérêt de l'expérience menée par cette association. Celle-ci devrait être évaluée afin d'envisager le développement de ce type de service téléphonique favorisant l'appel, l'écoute et l'orientation des familles.

## La prévention ne se fait pas

### ▪ Apprendre à entendre le mal être des adolescents

« Cette patiente, âgée de 29 ans, la deuxième d'une fratrie de quatre, a quitté l'école en cinquième. Lorsque ses parents se séparent, elle est âgée de 14 ans. Sa mère quitte sa région d'origine avec ses quatre enfants et son nouveau compagnon et s'installe dans un autre département. Les liens sont alors coupés avec son père qui décédera dans un accident de voiture en 1989. Après avoir préparé un CAP de coiffure, elle interrompra cette formation et fera alors un certain nombre de " petits boulots ". Au cours d'un stage obtenu par l'ANPE, dans une période de dépression, elle racontera à la formatrice et à l'assistante sociale son histoire. Depuis que son beau-père vit avec eux, elle est victime de harcèlement et violences sexuels. En 1991, elle a subi une IVG. La formatrice l'accompagnera à la gendarmerie, pour qu'elle porte plainte. À sa connaissance, aucune suite judiciaire n'aurait été donnée. Elle s'installe dans un appartement avec une amie qui travaille dans un CAT. Elle ne parle à personne. Elle n'a plus de relation avec sa mère car celle-ci ne l'a jamais crue lorsqu'elle s'était ouverte de ses problèmes. Le 17 juin 2000, elle apprend que sa sœur âgée de 25 ans est revenue habiter au domicile de sa mère, le week-end. Prise de panique à l'idée que sa sœur subisse les mêmes violences sexuelles qu'elle, elle l'héberge chez elle. Sur plainte des parents, elle est condamnée pour l'enlèvement de sa sœur. Celle-ci, alors, quitte son domicile. Désorientée, elle reprend contact avec l'assistante sociale qu'elle a connue en 1998 et qui la dirige vers le CMP. C'est à ce moment qu'elle fait irruption, sans rendez-vous, dans le bureau de l'infirmière du CMP, pour raconter son histoire. La patiente aurait écrit de nombreuses lettres pour dénoncer son beau-père. Aujourd'hui, elle a obtenu un rendez-vous à la gendarmerie. Elle attend que la justice le condamne ».

Le constat dressé avec l'équipe soignante met en évidence qu'en 1993, aucune suite n'est donnée par la gendarmerie. L'assistante sociale ne suit pas la patiente ni le devenir de cette plainte. En 2000, soit sept ans plus tard, son histoire remonte douloureusement à la surface, malgré la volonté de l'ignorer. C'est vers l'assistante sociale qu'elle s'adresse d'abord. Celle-ci ne la prend pas en charge mais lui donne l'adresse du CMP.

Contestée et rejetée par sa mère, la parole de cette jeune personne n'est ni entendue par l'assistante sociale ni par la gendarmerie. Elle ne peut que s'isoler, se retirer de toute vie sociale, conséquence de cette absence d'écoute. Elle ne fait irruption dans le dispositif de soins en santé mentale que très tardivement, « avec un dysfonctionnement psychologique plus lourd à prendre en charge et donc de pronostic différent. »

### ▪ Des mesures de prévention qui ne répondent que partiellement aux besoins

« Ce jeune homme, célibataire, âgé de 25 ans, du niveau d'un bac professionnel, occupe depuis quatre mois, un emploi de maintenance informatique qui

lui procure un niveau de ressources de l'ordre de 8 500 F. Il situe l'origine de son état psychologique à la séparation de ses parents lorsqu'il était en sixième ou en cinquième. Resté avec son père pendant quelques mois, il va vivre définitivement avec sa mère jusqu'à sa majorité, constatant que chacun d'eux, séparément, était épanoui dans sa nouvelle situation. Après le collègue, il commence à fumer du hasch pour arriver en 1996 à consommer du LSD et de l'ecstasy. Il en avertit sa mère. Jusqu'en 1999, il s'adonne à ces pratiques addictives de façon importante. Il est dans un groupe "communautaire" où il se fournit en produits, participe à de nombreuses soirées : "C'était la fête". Après une rupture sentimentale en 1999, il s'alcoolise massivement. En décembre 1999, il change brutalement d'attitude : Il arrête de boire et de consommer du LSD et de l'ecstasy, mais il continue à fumer du hasch. Il explique cette décision par le départ de ses amis, par son état physique qui se dégradait et par le fait qu'il s'était donné jusqu'à 25 ans pour s'adonner à ces pratiques. Jusqu'en juillet 2000, surviennent des crises d'angoisse et de pleurs de plus en plus fréquentes. Seule sa mère pouvait le calmer. Celle-ci ne supportant plus cette situation lui a proposé de consulter un psychologue. Il rentrera en contact avec les médecins du CMP après avoir recherché sur internet une adresse correspondant à son problème "d'aide psychologique". Il trouvera le service "Psychiatrie d'accompagnement et de psychologie" du CHU Georges Pompidou. Après une première consultation auprès d'un psychiatre, il est orienté vers le CMP où, actuellement, il est pris en charge. À une question sur le dispositif d'accès aux soins, ce jeune homme souligne l'absence de prévention car "on ne sait pas les dangers qu'on court en consommant tous ces produits. Mais pas une prévention par affiches ou par bouquins, car c'est trop impersonnel. Cela ne nous touche pas. Une prévention par la relation individuelle, en particulier au collègue ou dans le milieu professionnel". Lorsqu'il lui est demandé, au cours de l'entretien, quelles sont les personnes qui n'ont pas fait cette prévention, il accepte la formulation : le monde des adultes, mais il ne veut pas aller plus loin dans cette recherche. »

Le psychiatre qui prend ce cas en charge souligne l'importance en la matière d'une démarche permanente de prévention en particulier au sein de l'institution scolaire. Mais il se heurte fréquemment au peu d'empressement de l'éducation nationale (proviseur et équipe éducative, et parfois aussi, équipes de santé scolaire). « Faire appel à des professionnels compétents, extérieurs aux structures de l'éducation nationale pour permettre le développement d'une prise en charge préventive et personnalisée au sein des lycées et des collèges, n'entre pas dans les pratiques habituelles de la communauté éducative ». Les équipes de santé scolaire rencontrées (médecin, infirmière, assistantes sociales) sont unanimes à reconnaître la transformation de leurs métiers au contact des adolescents, depuis une dizaine d'années. Aux réponses somatiques ont succédé les demandes d'aide psychologique. La carie dentaire et les troubles physiques de la croissance ont cédé leur place au mal être psychologique voire à la souffrance psychique. Cette évolution de la demande des collégiens et des lycéens n'est pas allée de pair avec l'apprentissage professionnel et collectif de ces nouvelles problématiques. Ces

équipes ont fait part à la mission de leurs réelles difficultés professionnelles qui s'étendent largement au-delà de la classique insuffisance de moyens de ces services. Parallèlement à ce relatif immobilisme professionnel, la mission constate l'isolement des équipes de santé au sein des établissements d'enseignement, malgré les circulaires récentes<sup>27</sup>. Les projets éducatifs comme le projet d'établissement n'intègrent que très partiellement la dimension d'éducation sanitaire de prévention ou d'écoute des adolescents. L'approche proposée reste le plus souvent clinique et thématique (les drogues, le tabac, l'alcool...). L'administration scolaire et les équipes d'enseignants ne perçoivent pas toujours l'apport des professionnels de santé comme nécessaire aux objectifs de l'éducation nationale, l'enseignement et l'éducation.

À titre d'illustration, le programme régional de santé « Santé des jeunes et des adolescents » en région Provence-Alpes-Côte d'Azur s'est fixé entre autres objectifs de :

- parvenir dans les cinq ans à 80 % d'écoles et d'établissements ayant un programme ou un projet d'éducation à la santé ;
- armer, en cinq ans, 50 % des professionnels les plus concernés travaillant au contact des jeunes à l'accueil et à l'écoute de leur problématique, en particulier, les enseignants volontaires, les conseillers principaux d'éducation, le personnel spécialisé de l'éducation nationale.

Cette écoute au sein des établissements scolaires, lieux décisifs de vie des collégiens et des lycéens, constitue une étape primordiale dans la prévention et le dépistage de ce mal être individuel. Certaines pratiques existant ponctuellement, comme celle menée par le lycée d'Étampes dans l'Essonne d'une « consultation à l'écoute » pour les jeunes de 16 à 20 ans, en collaboration avec des psychologues, mériteraient certainement une plus large diffusion.

### Les intervenants sont nombreux, épars et désunis

*« Suivie dès le cours préparatoire par un pédopsychiatre, après le départ définitif de son père en Israël, cette adolescente âgée de 16 ans, vit actuellement avec sa mère et ses deux demi-sœurs, dont une présente un handicap mental. Elle est, d'autre part, la benjamine d'une fratrie de quatre enfants issus d'un premier mariage. À l'entrée en sixième, elle ne veut plus voir le médecin car les autres élèves la traitaient de " folle ". Dès 1997, elle rencontre des difficultés relationnelles au collège et avec un de ses frères. En 1999, elle fugue une première fois et fait une tentative de suicide au commissariat de police pour, dit-elle, ne pas rentrer chez elle. Hospitalisée puis dirigée sur le CPOA<sup>28</sup>, elle est*

<sup>27</sup> Circulaire EN n°98-108 du 1<sup>er</sup> juillet 1998 : « Prévention des conduites à risque et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté ». Circulaire EN n°98-237 du 24 novembre 1998 : « Orientation pour l'éducation à la santé, à l'école et au collège ».

<sup>28</sup> CPOA : Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil, implanté dans les locaux de l'hôpital Sainte-Anne.

*placée par le juge, dans un centre d'hébergement d'urgence où elle va faire une deuxième tentative de suicide. Après sa sortie des soins intensifs au CHU, elle est à nouveau placée dans un centre pour adolescents d'où elle fait une nouvelle fugue accompagnée d'une nouvelle tentative de suicide. Entrée en urgence au CPOA, elle est hospitalisée pendant quinze jours dans l'unité pour adolescent du secteur. À sa sortie, elle est placée par l'ASE dans un nouveau foyer. La mère, rencontrée à l'issue de l'entretien, confirme le parcours chaotique de sa fille depuis le cours préparatoire. Elle précise qu'en 1998, elle avait été convoquée par le proviseur du lycée car sa fille s'adonnait avec d'autres élèves à des pratiques morbides de sorcellerie satanique. Cette maman a recontacté le pédopsychiatre qui l'avait prise en charge pendant son enfance, mais celui-ci, dit-elle, n'a pas pris au sérieux les lettres et les dessins de sa fille qu'elle avait apportés lors de cette consultation. À partir de cette période, intervient une escalade dans le comportement de sa fille dont elle savait que les fugues à répétition la conduisaient à se retrouver hôtesse dans des bars de nuit. »*

Cette mère rapporte que sa fille a connu trois juges différents pour des raisons administratives, trois foyers différents (aucun ne voulant la garder compte tenu de son comportement difficilement compatible avec des règles de vie collective) et qu'aujourd'hui elle sollicite, une nouvelle fois, la bienveillance du proviseur du lycée afin d'éviter son exclusion. Elle ne souhaite pas reprendre son enfant chez elle compte tenu de la présence de ses deux autres enfants. Elle confie ne plus pouvoir assumer cette situation.

L'analyse du psychiatre qui a pris en charge la jeune fille permet de souligner que cette personnalité pathologique se rencontre fréquemment chez les adolescents et s'exprime de façon quasi identique. Ceux-ci présentent des troubles des conduites, souvent liés à une carence affective et/ou à des violences familiales dans l'enfance. Le problème posé ne se situe pas dans l'absence de structures de prise en charge mais dans la nécessité de connexions sociales entre les institutions. Celles-ci doivent, impérativement, se substituer au manque de structuration de ces jeunes, qui, par souffrance, rejettent parents, éducateurs et thérapeutes.

## Des pratiques professionnelles fragmentées

### ▪ *La psychiatrie adulte et la psychiatrie infanto-juvénile : deux mondes qui s'ignorent*

L'objectif de l'enquête n'était pas de réaliser un état des lieux représentatif des relations professionnelles existantes entre le secteur de psychiatrie adulte et l'inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Pour autant, dans les quatre secteurs étudiés, est apparue une véritable césure entre les équipes qui, toutes, prennent en charge des adolescents et des jeunes adultes. L'entrée dans le dispositif de psychiatrie générale a été fixée à 16 ans par les textes. Mais, cette règle ne peut servir de justification à l'absence de relations professionnelles entre les

équipes. En effet, l'analyse des textes<sup>29</sup> confirme la nécessité de liaison et de partenariat des équipes des secteurs psychiatriques. S'ils prévoient qu'un partage entre psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile est institué pour répondre à des besoins spécifiques, cette disposition ne saurait conduire à un clivage ni à une étanchéité entre les deux secteurs. Ainsi, les conditions d'accueil spécifique des adolescents et des jeunes adultes au sein du dispositif ambulatoire des secteurs psychiatriques « doivent être créées lorsqu'elles n'existent pas. »

Or, dans les quatre secteurs rencontrés, il n'existe aucune relation institutionnelle entre les adultes et les enfants : les deux secteurs prennent en parallèle une même population d'adolescents, sans concertation. L'un des inter-secteurs infanto-juvénile a ainsi créé une unité spécifique pour adolescents mais l'âge d'accès à cette unité est obligatoirement inférieur à 16 ans : l'accueil d'un adolescent de 17 ans relève alors des secteurs de psychiatrie générale. Dans un autre cas, on assiste au développement anarchique de trois structures de prise en charge des adolescents sur un même territoire, deux sous l'autorité du médecin chef de secteur adulte, dont une unité d'hospitalisation de quinze lits pour adolescents, la troisième dirigée par le pédopsychiatre.

Les conséquences de ce type d'organisation sont, à l'évidence, particulièrement lourdes pour les patients. Ainsi, cette étudiante de 19 ans, hospitalisée en urgence, dans une unité d'adultes pour un syndrome dépressif chronique. Elle a mal vécu cet épisode car, dit-elle au cours de l'entretien, « *je me suis retrouvée avec des malades graves, des fous. J'avais peur dans ma chambre. Je ne me sentais pas en sécurité.* »

Une autre conséquence a pu être notée : la difficulté pour les partenaires extérieurs qui ont en charge des adolescents, de se rapprocher de l'intervenant compétent en matière de santé mentale. Tel est le cas pour les services départementaux de protection de la jeunesse ou pour ceux de l'aide sociale à l'enfance.

#### ▪ **Les services de protection judiciaire de la jeunesse**

Les services rencontrés font état d'une situation peu satisfaisante dans l'organisation et la collaboration institutionnelle autour de la prise en charge des adolescents au sein des secteurs psychiatriques.

Même s'ils travaillent au cas par cas avec les secteurs de santé mentale d'une façon satisfaisante, trois points fondamentaux ont été soulevés et nécessiteront dans l'avenir des réponses adaptées :

- « *L'individu est un enfant jusqu'à 16 ans, un adulte après. Cela renvoie à un modèle d'organisation du secteur qui laisse souvent de côté la notion d'adolescence.* »

<sup>29</sup> Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de santé mentale. Circulaire n°70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents.

- « *Les modes d'entrée dans la santé mentale ne sont plus les mêmes qu'auparavant dans cette tranche de population : la consommation de produits illicites équilibre une psychose ignorée et la mise en place d'actes de délinquance devient un moyen d'accès aux soins psychiatriques. Or nous avons de grandes difficultés à faire entendre ces changements aux psychiatres.* »
- « *Il apparaît que le temps éducatif et le temps psychiatrique ne sont pas les mêmes : l'hôpital gère la crise sur une courte durée, le travail de l'éducateur s'inscrit dans une période longue. Comment concilier ces deux approches ?* »

L'insuffisance de relations institutionnelles entre des équipes aux objectifs professionnels différents, entraînent de réels dysfonctionnements dans la qualité de la prise en charge des adolescents, ce que confirment certaines considérations pratiques. Lorsque une demande de rendez-vous est souhaitée par la famille ou par l'adolescent, enfin convaincu de l'intérêt d'une consultation en santé, la réponse peut se révéler brutale (« *on vous rappellera dès qu'il y aura une place* »). Pour pallier cette carence, c'est, dans certains cas, par les connaissances personnelles des professionnels de la PJJ que le rendez-vous est obtenu. Cela conforte l'idée « *qu'il faut des professionnels reconnus par d'autres professionnels pour que ces malades puissent être pris en charge.* »

Ces pratiques participent aussi de l'exclusion d'une partie de la population. Dans les familles où les jeunes n'ont pas accès à des soins immédiats, ils se retrouvent seuls, isolés et en situation d'exclusion.

Un autre exemple concerne la prise en charge psychiatrique d'une jeune fille suivie par un service de la PJJ après son hospitalisation dans une unité clinique de psychiatrie :

- rendez-vous très espacés, essentiellement pour renouveler les ordonnances ;
- pas de disponibilité de l'équipe soignante pour se déplacer une fois au moins dans le service, au cours d'une réunion de synthèse ;
- lors d'une crise, refus de recevoir la malade immédiatement et proposition d'une intervention cinq jours plus tard.

Ainsi la mission observe que, pour un grand nombre d'adolescents suivis par les services de la PJJ, les impératifs sont plus ceux d'une évaluation psychiatrique ou d'une demande d'avis aux équipes du secteur que celui d'une prise en charge lourde et isolée de l'adolescent par l'équipe de santé mentale.

#### ▪ **L'aide sociale à l'enfance**

Comme avec les intervenants des services départementaux de la protection judiciaire de la jeunesse, les relations avec les services de l'aide sociale à l'enfance soulèvent un certain nombre de questions. D'un côté, les équipes des secteurs psychiatriques constatent « l'attitude parentale » des éducateurs qui

abandonnent la prise en charge éducative dès que des difficultés comportementales lourdes surgissent. Certains secteurs ont été amenés à faire signer un document aux éducateurs de l'ASE pour qu'après une hospitalisation par le secteur, le foyer s'engage à reprendre en charge l'adolescent.

De l'autre, le service social polyvalent des départements déplore :

- l'attentisme des équipes de secteur qui ne s'engagent pas vers les patients mais attendent un acte volontaire de leur part. Les travailleurs sociaux confrontés à des situations multiformes et complexes n'arrivent pas toujours à obtenir de l'adolescent son acceptation des soins. Ces équipes souhaitent que les psychiatres consentent à recevoir ces jeunes à leur demande, afin de réaliser une évaluation et d'émettre un avis sur la conduite collective à tenir ;
- l'action simultanée de deux secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile sur une même zone géographique lorsqu'il s'agit d'une population identique, les adolescents ;
- les délais particulièrement longs pour l'obtention d'un rendez-vous, incompatibles avec la continuité de la prise en charge médico-sociale, le secteur psychiatrique ne répondant pas aux urgences.

### **Les adolescents ne peuvent être pris en charge par un réseau institutionnel**

La mission fait sienne la définition de l'adolescence retenue par le Haut Comité de santé publique<sup>30</sup>, « *à la fois classe d'âge (12 à 25 ans) et réalité sociale* ».

Les différents entretiens menés et la description de certains modes de fonctionnement des secteurs psychiatriques confirment que cette approche n'est pas adaptée par le dispositif d'accès aux soins en santé mentale pour cette classe d'âge.

En principe, l'amélioration de la prise en charge des adolescents devrait passer par :

- **l'unicité d'une équipe d'intervention en santé mentale pour les adolescents** dans un secteur géographique déterminé. Les équipements intra et extra hospitalier seraient distincts de ceux relevant de l'enfant ou de l'adulte : Centre de crise et consultations médico-psychologiques seraient les deux pivots d'un dispositif allant de la prévention des conduites à risque jusqu'à la réadaptation sociale ;
- **un réseau de prise en charge institutionnalisé.**

Tous les témoignages des professionnels en attestent. Que ce soient les équipes de psychiatrie ou les intervenants sociaux, judiciaires et éducatifs, l'absence de relation institutionnelle entre eux constitue un facteur avéré de dégradation de la santé des jeunes. Les parcours individuels étudiés montrent que le plus souvent ces adolescents arrivent dans le secteur psychiatrique en urgence,

dans une situation de crise, voire par le biais d'une hospitalisation sous contrainte. Or, le plus souvent, ils ont été en contact et même pris en charge parfois depuis longtemps, par les dispositifs sanitaires ou sociaux (médecin généraliste, foyer d'hébergement, instituts médico-éducatifs, institutions scolaires...). Le maillage du réseau pourrait plus facilement se réaliser à partir d'un intervenant « santé mentale » unique, d'une définition précise du rôle de chacun des intervenants et de l'organisation de liens privilégiés et reconnus entre ces différents acteurs. À l'exemple du travail institutionnel réalisé autour de la personne âgée en institution, l'équipe de santé mentale devrait intégrer dans sa charge de travail, l'appui aux équipes éducatives ou sociales qui ont en charge des adolescents.

La mise en place de petites unités regroupant des adolescents particulièrement difficiles où serait possible le travail en commun des deux équipes, éducative et médicale, devrait être explorée.

## Chapitre 3

# Une administration insuffisamment réceptive aux plaintes des usagers

La prise en compte d'un usager dans sa globalité, d'un usager citoyen n'est pas toujours, on l'a vu, un objectif aisé pour les institutions, surtout dans le cas fréquent où il s'agit d'une personne en situation difficile. S'ajoute à cette inégalité entre les usagers et les professionnels, (agents administratifs, travailleurs sociaux, personnels médicaux et soignants) une tendance à éloigner l'utilisateur, à refuser la confrontation directe, pour une série de raisons complexes dans lesquelles les préventions individuelles jouent un grand rôle. Cette difficulté à se sentir de plain pied avec les usagers rend particulièrement difficile le traitement de leurs plaintes. La culture des institutions publiques permet une prise en compte des plaintes collectives, au travers des organes représentatifs, mais ne permet que rarement une reconnaissance des difficultés singulières. Les institutions sociales sont ainsi plus promptes à mettre en œuvre les mesures tendant à récupérer les indus qu'à reconnaître leurs erreurs et à en payer le prix. Quant au fonctionnement des juridictions sociales, il ne permet pas de parler d'un droit de recours égal pour tous les citoyens.

## Une administration frileuse face aux plaintes individuelles

### L'inspection du travail a essentiellement une tradition d'intervention collective

#### Des problèmes d'accueil et d'accessibilité des services demeurent

Si l'image de l'inspection du travail et des DDTEFP s'avère satisfaisante, des critiques se manifestent, notamment sur l'accessibilité des services.

- *La satisfaction des usagers, globalement bonne, n'est pas mesurée régulièrement au niveau local*

Selon le baromètre du ministère de l'Emploi et de la Solidarité précité, l'inspection du travail et les DDTEFP recueillent d'importants taux de satisfaction.

Ils sont cependant inférieurs à ceux des organisations syndicales et institutions représentatives du personnel. Si la notion de satisfaction doit être appréciée avec précaution<sup>31</sup>, cette enquête montre que les structures de proximité telles que les comités d'entreprise et les délégués du personnel, ou les organisations syndicales enregistrent les meilleurs scores (respectivement 75 % et 81 % de personnes satisfaites dont 26 % et 23 % de très satisfaites). Les directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle viennent ensuite avec 73 % de personnes satisfaites dont 13 % de très satisfaites. L'inspection du travail recueille 16 % de personnes très satisfaites et 52 % d'assez satisfaites alors que le conseil des prud'hommes satisfait pleinement 19 % des personnes et relativement 42 %.

Des enquêtes de satisfaction sont conduites par une minorité de DDTEFP : menées dans le cadre d'un projet de réorganisation de l'accueil, elles sont rarement systématisées et renouvelées. En Seine-Maritime, deux enquêtes de ce type ont été réalisées dans le cadre de la démarche « POEME ». Elles permettent de constater une perception positive des usagers quant à la qualité du renseignement reçu. Toutefois, elles ne prennent pas en compte l'opinion des personnes qui n'ont pu être reçues (notamment sur la saturation du téléphone)<sup>32</sup>.

Aucune des DDTEFP interrogées ou auditées par la mission n'avait mis en place une charte de qualité. La direction départementale d'Ille-et-Vilaine avait élaboré une charte de qualité de l'accueil qui est restée théorique. Une démarche est en cours dans certaines DDTEFP.

Dans le cadre de l'étude sur l'offre de service de quatre DDTEFP, une enquête a été menée auprès des publics se rendant aux services d'accueil et de renseignement, à la COTOREP et au service de la création d'entreprise<sup>33</sup>. Si le sentiment d'avoir été écouté au service de renseignement varie de 63 à 78 % selon les sites, une proportion constante d'environ 25 % des usagers estime ne pas avoir obtenu de réponse suffisante. Les horaires d'ouverture au public des services d'accueil et de renseignement sont jugés satisfaisants par 57 à 77 % des personnes, ce qui représente une part significative de non satisfaits puisque seuls les usagers disponibles à ces horaires ont pu répondre à l'enquête. La difficulté de joindre les services motive 15 à 35 % des déplacements. Si les conditions ma-

<sup>31</sup> Au-delà de la qualité de la prestation, la nature du service, les attentes et les conditions d'utilisation peuvent influencer sur le degré de satisfaction des usagers (la satisfaction est plus difficile à obtenir dans le cas d'une agence locale de l'ANPE qui doit fournir une offre d'emploi que pour un comité d'entreprise qui accorde des avantages).

<sup>32</sup> Selon un sondage effectué sur une semaine en mai 2000 par le service de renseignement de Rouen auprès de 166 personnes, les usagers apparaissent très satisfaits (60 %) ou satisfaits (30 %) tant de l'accueil que des renseignements fournis. Les personnes interrogées n'étaient pas favorables à la mise en place de rendez-vous (62 % contre). Les principaux reproches formulés concernent l'attente jugée trop longue et la difficulté de joindre le service de renseignement par téléphone. La durée moyenne d'attente était en effet de 17 minutes pour une durée moyenne d'entretien de 27 minutes.

<sup>33</sup> Conduite en août-septembre 2000 dans quatre DDTEFP, cette enquête a été réalisée sur la base de 3 000 questionnaires remis par les agents en fin de contact et renvoyés par les usagers au cabinet de consultants par le biais d'une enveloppe pré-affranchie. 11 % des questionnaires ont été retournés et l'analyse a été effectuée sur 310 réponses. Les conditions de réalisation de l'enquête impliquent des précautions dans l'analyse des résultats (biais dans la remise des questionnaires aux usagers présents dans les services à certaines dates, biais induit par le choix de l'usager de répondre ou non au questionnaire...).

térielles d'accueil sont généralement appréciées, la confidentialité apparaît insuffisante. Les délais d'attente, très variables, sont jugés excessifs par 4 à 13 % des personnes au service de renseignement et par 2 à 8 % des personnes à l'accueil.

- ***La qualité du service de renseignement, jugée satisfaisante pour l'écoute et la pertinence des informations fournies, est critiquée sur le plan des conditions d'accueil et de l'accessibilité téléphonique***

Des constats de la mission et des entretiens réalisés auprès des partenaires et usagers, il ressort que le service de renseignement des DDTEFP fournit en général une prestation appréciée, avec une bonne écoute et des informations pertinentes dans des délais convenables. Néanmoins, l'accessibilité des services reste insuffisante, particulièrement au téléphone et la qualité de la prestation varie en fonction de la disponibilité des effectifs. Les services parviennent effectivement à traiter les demandes des visiteurs mais compte tenu des variations de la demande et de la sensibilité de leurs effectifs à toute absence, ils sont conduits à opérer des choix au détriment du renseignement téléphonique. Un service qui fournit une prestation de qualité peut être d'ailleurs victime de son succès, l'afflux de demandes réduisant alors son accessibilité.

- ***La qualité d'écoute et la pertinence des informations données apparaissent généralement satisfaisantes***

Les réponses aux demandes de renseignement formulées par téléphone sont en général précises et rapides. Cependant, les agents ont besoin d'un délai pour rechercher ou vérifier l'information dans des conventions collectives conservées sur support papier.

Au travers des entretiens auxquels elle a assisté, la mission a relevé une bonne capacité d'écoute des agents qui reformulent éventuellement les demandes des usagers. En général, les réponses apportées sont adaptées à la situation personnelle de l'utilisateur et les agents donnent des orientations concrètes sur les services auxquels s'adresser. Sans que cette pratique soit généralisée, certains agents s'efforcent d'appuyer leur conseil par la remise d'un support écrit (un extrait de convention collective, une fiche « Focale », voire une fiche élaborée par le service), démarche appréciée par les usagers. La mission a constaté que les pratiques des agents pouvaient varier selon les services. Si la plupart se limitent à donner des renseignements juridiques sans assister les usagers dans leurs démarches (s'ils donnent la méthode de calcul pour les indemnités de licenciement à réclamer, ils n'effectuent pas le calcul ; ils conseillent d'écrire un courrier mais ne le rédigent pas), certains agents sont amenés, face à des publics démunis, à s'investir davantage dans l'accompagnement des démarches (certains donnent des modèles de lettre ou en tracent les grandes lignes, voire proposent au salarié de revenir pour corriger sa lettre). Certains agents des services de ren-

seignement renvoient les usagers vers l'inspection du travail pour des conseils plus approfondis. La plupart du temps, les agents orientent les usagers vers les représentants du personnel ou vers d'autres structures comme les associations d'aide aux victimes de harcèlement moral.

Le service fourni peut donc être jugé insuffisant par certains salariés, notamment parmi les plus démunis, lorsque le service de renseignement ne calcule pas les indemnités de congés payés ou les indemnités à réclamer devant le conseil des prud'hommes et se limite à fournir la méthode de calcul<sup>34</sup>. Si dans certains départements, les partenaires de la DDTEFP (organisations syndicales, greffe du conseil des prud'hommes) ont fait état de renseignements erronés ou peu adaptés à la situation des usagers, notamment au premier accueil, ces situations semblent donc minoritaires.

Le traitement des courriers apparaît globalement satisfaisant au travers des cas examinés dans quelques DDTEFP en termes de délais et surtout de personnalisation des réponses. L'examen des lettres adressées par le service de renseignement de Seine-Maritime démontre une bonne qualité de réponse avec un effort de personnalisation et des délais généralement brefs. Le service de renseignement du Havre répond relativement plus vite (moyenne de dix jours), de manière adaptée à la situation concrète exposée et fournit des éléments de jurisprudence. Le service de renseignement de Rouen a des délais de réponse sensiblement plus longs (la norme est de plusieurs semaines, voire plus d'un mois) mais les réponses sont très personnalisées, adaptées au problème et fondées sur l'analyse des documents fournis. Dans le Val-d'Oise, les courriers, relativement peu nombreux, sont traités rapidement (entre trois et cinq jours en moyenne) avec des réponses claires et complètes. Dans la Loire, le courrier est traité avec des délais moyens relativement rapides (cinq jours) ; en outre, les réponses, précises et concrètes, sont accompagnées de documents d'information, d'extraits de conventions collectives ou de fiches « Focales ».

▪ ***Les conditions d'accueil (locaux, horaires) pourraient être mieux adaptées au public***

Si les conditions matérielles d'accueil se sont nettement améliorées, elles restent insuffisantes dans certaines DDTEFP où les locaux ne sont pas aménagés pour recevoir un important public. Des espaces d'attente ont été mis en place dans les services mais ils sont souvent exigus (un simple couloir dans le cas du Val-d'Oise). Parmi les sept DDTEFP dans lesquelles la mission s'est rendue, quatre avaient des projets de modification de l'accueil, soit en liaison avec un déménagement (Ille-et-Vilaine, Seine-Maritime), soit pour mieux organiser les espaces d'attente (Bouches-du-Rhône, Haute-Savoie).

L'amplitude de la plage d'ouverture au public est variable selon les départements, allant de moins de 25 heures à un maximum de 35 heures par semaine. Si la plupart organisent la réception physique du public toute la journée, certains

---

<sup>34</sup> Seine-Maritime.

services ne sont accessibles que le matin ou l'après-midi. Depuis février 2000, la Haute-Savoie, qui ne recevait les visiteurs que le matin pour se consacrer au renseignement téléphonique l'après-midi, a élargi sa plage d'ouverture à la journée. De nombreux services de renseignement sont fermés au public à raison d'une demi-journée par semaine, pour permettre aux agents de se documenter ou tenir compte des temps partiels : le lundi matin (Loire), le mercredi ou le vendredi. Dans quelques cas, le flux de public peut conduire à ne pas respecter les horaires d'ouverture affichés, soit en acceptant un dépassement des horaires des agents sur leur pause méridienne soit au contraire, en procédant à des fermetures anticipées. Dans le meilleur des cas, le service propose alors à l'utilisateur de le rappeler à son domicile. La plupart des services de renseignement effectuent une pause à la mi-journée.

Si les délais d'attente sont extrêmement variables selon les départements et les périodes de l'année ou de la semaine, les temps d'attente très longs restent heureusement minoritaires. Dans la plupart des DDTEFP, la priorité est en effet donnée à la réception du public sur la réponse téléphonique (temps d'attente de 5 à 15 minutes dans le Val-d'Oise, de 17 minutes en moyenne en Seine-Maritime). Les services ont en effet mis en place des pré-accueil qui permettent d'apporter rapidement une réponse aux questions les plus simples : ainsi au service de renseignement de Rouen, les usagers sont reçus dans un premier temps à une borne d'accueil qui traite environ 46 % des demandes. Pour concilier la confidentialité et le confort d'une part avec la rapidité du renseignement d'autre part, ce système doit s'appuyer sur des agents formés. En outre, la mission a constaté que certains dysfonctionnements dans la gestion de la file d'attente, pouvaient résulter de cette innovation.

▪ ***L'accessibilité par téléphone constitue la principale insuffisance des services***

Bien que peu de DDTEFP aient mis en place un système de suivi des appels non aboutis, les enquêtes réalisées ponctuellement et les avis des partenaires extérieurs montrent que l'accessibilité du service par téléphone est un problème récurrent. Si la vétusté des équipements peut être l'une des causes, cette difficulté résulte essentiellement de l'importance même de la demande (demande de renseignements mais aussi renouvellement des appels non aboutis), des choix d'affectation des agents au service de renseignement et d'organisation en faveur de la réception du public. Les appels non aboutis peuvent atteindre des proportions considérables : en janvier 1999, seules 5 % des communications adressées à la DDTEFP du Val-d'Oise étaient traitées ; ce taux était de 20 % à la DDTEFP d'Ille-et-Vilaine en 1997. Les entretiens réalisés par la mission avec des partenaires extérieurs des DDTEFP (Seine-Maritime, Val-d'Oise) montrent une insatisfaction marquée des usagers. Cette faible accessibilité engendre un report partiel des flux vers l'accueil physique du service de renseignement<sup>35</sup> et peut être

<sup>35</sup> Selon l'enquête réalisée par le cabinet de consultant dans le cadre de l'analyse de l'offre de service des DDTEFP, 15 à 35% des déplacements des usagers dans le service de renseignement seraient motivés par la difficulté à joindre la DDTEFP au téléphone.

source de dysfonctionnements importants. Certaines DDTEFP comme celle de Nord-Lille ont pris l'initiative d'externaliser la fonction de renseignement téléphonique vers le CIRA pour faire face à ce problème.

Les services de renseignement fournissent en général une prestation appréciée, mais ils souffrent de deux problèmes principaux : le manque d'accessibilité par téléphone et la forte sensibilité aux variations d'effectifs. Souvent en limite de capacité, ils parviennent à traiter les flux de visites mais les absences ou variation d'effectifs peuvent entraîner une rapide dégradation du service.

### **L'exploitation des plaintes individuelles comme levier d'action collective est encore insuffisante**

Bien que la qualité du service rendu à l'utilisateur constitue une préoccupation croissante des DDTEFP, l'exploitation de la demande n'est pas assurée de façon systématique, tant pour l'adaptation des services, la définition des procédures de traitement des plaintes que pour la planification des contrôles. En outre, la mesure des attentes et de la satisfaction du public n'est pas une pratique répandue dans les services déconcentrés.

- *Si de nombreux projets visent à améliorer le service à l'utilisateur, l'exploitation des sollicitations pour le contrôle reste à développer*

Les services de l'administration du travail sont confrontés à un double enjeu : la réponse aux attentes des usagers qui découle de la notion de service public et le souci de mener une action collective efficace qui s'intègre dans leurs missions. La conciliation entre ces deux objectifs nécessite une analyse et une exploitation de la demande individuelle pour guider l'action du service. Elle reste actuellement encore limitée.

- *La place du traitement des plaintes et sollicitations dans la hiérarchie des missions fait l'objet de diverses réflexions*

La majorité des DDTEFP a engagé des projets ou conduit des réflexions pour améliorer la prise en charge des sollicitations des usagers. C'est ce que déclarent les deux tiers des directions départementales ayant répondu à l'enquête de la mission. Ces orientations sont souvent liées à des projets de relogement ou de réorganisation de l'accueil. Si les services visent ainsi à améliorer la prestation d'accueil et de renseignement, les réflexions sur le traitement des plaintes sont relativement plus rares.

Les projets de réorganisation de la fonction d'accueil et renseignement visent à assurer un service plus rapide et global en créant un premier accueil (orientation, remise de formulaires) et en élargissant le champ de compétence du service de renseignement (du travail à l'emploi et la formation professionnelle). Si elles recherchent souvent une meilleure articulation interne (entre les services accueil - renseignement, les services emploi et l'inspection du travail),

les DDTEFP sont moins nombreuses à envisager le développement du travail en réseau avec des partenaires extérieurs (exemple de la Savoie en matière de travail saisonnier, projet de l'Ille-et-Vilaine). Plusieurs DDTEFP ont engagé une réflexion sur la place que doit prendre l'État dans le renseignement et le conseil du public. Alors que certains services jugent que l'accueil du public devrait être réaffirmé comme une priorité assortie de moyens, d'autres s'interrogent sur l'efficacité des renseignements donnés et leur mise en œuvre par les salariés.

Le rôle de l'inspection du travail dans le traitement des sollicitations fait l'objet de débats et d'appréciations divergentes entre les agents de contrôle. Ainsi certains estiment qu'il n'est pas dans leur mission de traiter les réclamations individuelles ; d'autres, notamment parmi les contrôleurs du travail, estiment qu'il s'agit de la base de leur activité. Certains inspecteurs du travail considèrent que le renseignement de l'utilisateur fait partie des missions de l'inspection et qu'il s'agit de modifier l'organisation du travail au sein de la direction départementale pour renforcer la transversalité. La valeur ajoutée de l'inspecteur du travail est de donner des renseignements mais aussi des conseils de conduite à tenir au salarié ou au représentant du personnel en fonction des autres éléments d'information qu'il possède sur l'entreprise.

La démarche « POEME » expérimentée en Seine-Maritime constitue une réponse à cette interrogation dans la mesure où elle définit la demande individuelle, le noyau dur de compétence de l'inspection du travail et l'articulation entre le service de renseignement et les sections d'inspection du travail. Cette démarche intéressante peut présenter, néanmoins un double inconvénient : celui de reporter la charge de la demande individuelle sur le service de renseignement qui, faute de moyens suffisants, n'est pas facilement accessible aux usagers ; celui de couper l'inspection du travail des réclamations des salariés. L'expérimentation récente de « POEME » ne permet pas encore de se prononcer définitivement sur ses effets.

Révéléateur et stimulant, la plainte individuelle comporte un double enjeu, en faisant remonter des informations sur les problèmes et les attentes des salariés, mais aussi en questionnant sur l'efficacité de l'intervention de l'inspection du travail. En effet, le plaignant interpelle l'agent de contrôle sur ses résultats alors que l'entreprise ne le relancera pas sur le suivi d'un contrôle. Certains inspecteurs considèrent ainsi les plaintes individuelles comme une source d'information précieuse, mais ils s'interrogent sur leur exploitation dans le cadre d'un travail par objectif.

▪ *L'analyse et l'exploitation des plaintes sont encore limitées*

L'articulation entre le traitement des réclamations et l'action collective constitue un enjeu important pour l'inspection du travail. Pourtant, la demande des usagers ne fait pas l'objet d'un suivi statistique rigoureux dans tous les services concernés. Les informations recueillies ne sont pas encore systématiquement utilisées pour alimenter la programmation de l'action collective.

Le suivi statistique de l'activité reste partiel et peu d'analyses de l'évolution de la demande du public sont effectuées. Le suivi statistique des demandes de renseignement est souvent partiel : les flux de visiteurs, d'appels et de courriers sont mesurés dans les services de renseignement mais pas systématiquement dans les services emploi. Dans la plupart des DDTEFP, seuls les visiteurs reçus sont comptabilisés dans les sections d'inspection du travail<sup>36</sup>. Dans le rapport annuel sur l'inspection du travail transmis au BIT, l'activité de conseil du public est mesurée par le seul nombre de visiteurs reçus. Le flux des plaintes ne fait pas l'objet d'un suivi statistique. Les délais de traitement ne sont pas mesurés. Concernant le renseignement téléphonique, la grande majorité des DDTEFP n'effectue pas de suivi des appels non aboutis ; parmi les six DDTEFP sur trente-deux qui réalisent cette mesure, deux se contentent d'évaluer le taux de décroche au standard.

Au niveau national, l'analyse des demandes de renseignement est effectuée lorsqu'elles s'expriment par téléphone ou par courrier électronique (CIRA et surtout « Info Emploi »). Elle n'est pas réalisée pour les sollicitations ou plaintes qui s'expriment par courrier. La nature des sollicitations du public, les secteurs d'activité où elles s'expriment, leur évolution sont rarement analysés dans les services de renseignement, les services emploi ou dans les sections d'inspection. Seules sept DDTEFP sur trente-deux indiquent procéder à des évaluations de la demande du public, souvent de manière ponctuelle dans le cadre d'un projet de réorganisation de l'accueil (Aube) ou pour la formation des agents (Deux-Sèvres). Seule la DDTEFP de Savoie indique procéder à cette analyse pour la détermination des programmes d'action et le développement des partenariats.

▪ ***Les plaintes sont peu exploitées pour la programmation des contrôles et la définition de priorités d'action***

Actuellement, l'exploitation de la demande individuelle n'existe pas de manière formalisée et n'est pas utilisée en matière d'action collective. Les directeurs départementaux laissent aux sections d'inspection le soin d'effectuer l'analyse des plaintes individuelles et de s'en servir éventuellement pour programmer les contrôles. Mais les agents de contrôle rencontrés par la mission estiment que les actions concertées et les priorités définies au niveau national ne leur laissent que peu de marge de manœuvre pour définir un programme d'action propre à leur section à partir des sollicitations enregistrées. La multiplication des priorités définies aux plans national et local nuirait ainsi à l'effet recherché et contraindrait l'inspection du travail à une hiérarchisation de ses activités.

Très souvent, les réclamations guident l'action des contrôleurs du travail pour déterminer les entreprises à visiter. Replacée dans un cadre plus collectif, la plainte individuelle est pour l'agent de contrôle l'occasion de modifier sa stra-

<sup>36</sup> Sur trente-deux DDTEFP consultées, quatorze ont fourni des statistiques complètes des appels, visites et courriers traités dans l'ensemble des services.

tégie vis-à-vis de l'entreprise. Si elles sont exploitées en vue du contrôle d'une entreprise ou dans le cadre de celui-ci, les sollicitations ne le sont pas pour la détermination des actions collectives concertées de l'inspection du travail, qui restent fortement inspirées par les niveaux national et régional. Les informations recueillies par le service accueil-renseignement sur l'évolution des demandes du public, ou les constats opérés par les agents de contrôle ne sont pas non plus analysés et exploités au niveau départemental pour déterminer des actions concertées.

Certains départements ont néanmoins engagé des réflexions et analysé les sollicitations pour élaborer des programmes d'action communs. Les plaintes reçues sensibilisent les agents de contrôle à un problème et peuvent orienter la construction des objectifs de la section : ainsi dans le Val-d'Oise, les sections d'inspection du travail ont souhaité conduire une action collective sur la précarité dans le bâtiment à partir des plaintes des salariés qu'elles enregistraient et des constats effectués sur le terrain. En Ile-et-Vilaine, deux groupes de travail ont été mis en place fin 1999 sur la durée du travail dans la grande distribution et les violences faites aux apprentis, en constatant un nombre de plaintes important dans ces secteurs.

L'objectif de la démarche « POEME » étant de recentrer l'inspection du travail sur le contrôle des entreprises et de développer l'évaluation, la plainte individuelle devrait être replacée dans un contexte général et guider les actions de contrôle. Le principe même de « POEME » est d'exploiter les plaintes individuelles pour programmer en amont des contrôles. Il a ainsi été mené une opération sur le travail des jeunes. En effet, le nombre important de réclamations de jeunes salariés (durée du travail, requalification de CDD...) et les rapports de médecins du travail ont conduit à lancer en mars 2000 une action coordonnée de contrôle au niveau départemental sur le travail des jeunes entre 22 heures et 6 heures. Le procureur de la République de Rouen a été associé à la définition de cette action qui devait durer deux mois et déboucher sur les premières actions pénales en juin 2000.

L'exploitation des plaintes, même anonymes, et la coordination des contrôles sont particulièrement développées en matière de lutte contre le travail illégal. Hormis ces cas, il semble que l'exploitation des plaintes pour la programmation des contrôles reste relativement limitée : une plainte individuelle peut effectivement donner lieu à un contrôle programmé (en ce sens que l'agent de contrôle réserve un temps pour effectuer ce contrôle) ; mais il n'y a pas d'analyse des thèmes récurrents des plaintes exprimées auprès du service de renseignement pour décider de contrôles dans tel secteur d'activité, ou d'actions transversales sur tel point particulier du droit du travail.

▪ ***Les modalités de traitement des plaintes émergentes tardent à être définies***

La progression des plaintes pour harcèlement moral a incité la Direction des relations du travail du ministère de l'Emploi et de la Solidarité à mettre en place

un groupe de travail dont les conclusions n'ont cependant pas été diffusées auprès des services déconcentrés. En effet, l'objectif était plus d'alimenter la discussion menée au niveau européen sur le projet de directive, que d'indiquer des modalités de prise en charge aux services déconcentrés. En l'absence d'instructions de l'échelon national, certaines DDTEFP ont pris l'initiative de définir les modalités de traitement de ces cas comme dans les Yvelines ou dans le Nord-Pas-de-Calais. À la suite d'un congrès organisé à Lille, la DRTEFP de cette région a édité une plaquette d'information expliquant la notion de harcèlement moral et indiquant les voies de recours des salariés.

En matière de discriminations, l'appui méthodologique aux agents de contrôle se met progressivement en place. À la suite de la table ronde des partenaires sociaux sur « les discriminations raciales au travail », le 11 mai 1999, l'Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle a organisé un séminaire sur ce thème en mars 2000 et constitue progressivement un réseau de formateurs à partir de décembre 2000. Il prévoit d'élaborer un module de formation des agents de contrôle pour qu'ils puissent mener une action de prévention et de lutte contre toutes les formes de discriminations. Néanmoins, le soutien méthodologique ainsi apporté aux agents de contrôle apparaît relativement tardif et lent à se mettre en place, alors que ceux-ci sont confrontés à une recrudescence des plaintes pour discriminations, notamment raciales, depuis le lancement du numéro vert 114. Les agents de contrôle ont dû traiter les fiches de signalement transmises par le biais de la commission départementale d'accès à la citoyenneté, sans avoir reçu de conseils ou d'appui préalables.

▪ ***La qualité du traitement des plaintes par l'inspection du travail souffre d'une insuffisance de communication sur les actions conduites***

Tout en ayant généralement une bonne perception de l'action de l'inspection du travail, les partenaires extérieurs regrettent parfois son manque d'accessibilité, les délais d'intervention et l'absence de communication sur les pratiques.

S'ils apprécient la qualité de son travail, les représentants des organisations syndicales rencontrés soulignent la faiblesse des moyens de l'inspection du travail pour exercer ses missions. Cette insuffisance explique selon eux le manque d'accessibilité, les difficultés à traiter la demande du public et les plaintes portant sur certains thèmes. En tant qu'usagers, ils estiment en règle générale que les plaintes collectives sont mieux traitées que les sollicitations individuelles. Tout en l'expliquant par le manque de temps et de moyens de l'inspection, ils soulignent la difficulté d'accès pour les salariés voire dans certains cas pour les représentants du personnel ou délégués syndicaux (autres que les responsables de l'union départementale)<sup>37</sup>. Ils considèrent que les inspecteurs du travail interviennent efficacement pour la mise en place des institutions représentatives du personnel ou leur fonctionnement, mais regrettent en revanche leur absence

<sup>37</sup> Val-d'Oise, Loire, Seine-Maritime.

d'implication sur les dossiers de discrimination syndicale dans le déroulement de carrière. S'ils estiment que la plupart des plaintes qu'ils transmettent donnent lieu à une intervention écrite de l'inspecteur du travail, ils regrettent que l'agent de contrôle ne poursuive pas ses démarches après l'échec d'un courrier de relance. Ils considèrent que le classement sans suite de procès verbaux dissuade l'inspection d'utiliser tous ses pouvoirs. Ils suggèrent davantage de communication et d'échange afin que l'organisation syndicale se porte partie civile.

Nombre de représentants syndicaux ou conseillers du salarié rencontrés estiment que l'inspection du travail est devenue moins accessible aux salariés, qu'elle incite à s'adresser en priorité au conseil des prud'hommes ou aux syndicats. En Seine-Maritime, où une démarche de recentrage sur les missions de contrôle en entreprise est en cours, les représentants des salariés s'inquiètent de la tentation de l'inspecteur du travail à cesser de prendre en charge la demande individuelle et à se couper des salariés. Un représentant d'union départementale de la CGT souhaite que l'inspection du travail reste présente pour traiter les demandes individuelles et considère que les difficultés de contrôle en entreprise ne viennent pas de la pression de la demande individuelle mais essentiellement du manque d'effectifs des agents de contrôle. Il constate qu'avec la démarche « POEME », il est souvent difficile pour le syndicat d'obtenir un rendez-vous avec l'inspecteur du travail dans les trois semaines et que c'est devenu impossible pour un salarié isolé. Il estime que les inspecteurs du travail n'interviennent pas suffisamment pour traiter les problèmes individuels alors qu'ils disposeraient de moyens que n'ont pas les syndicats dans les entreprises où ils ne sont pas représentés (contrôle des heures supplémentaires, prévention des licenciements).

Les représentants syndicaux rencontrés sont demandeurs de plus de concertation et d'information mutuelles. Alors que les unions départementales ont souvent noué des relations avec les DDTEFP dans le cadre des 35 heures ou des procédures de licenciements collectifs, les relations entre l'inspection du travail et les unions locales restent limitées. Ils souhaitent notamment plus de transparence des critères d'intervention de l'inspection, des échanges sur les méthodes et contraintes de leur métier. Certains ont suggéré une modification des méthodes d'action. Ainsi un responsable régional de la CFDT souhaiterait que, dans le secteur des TPE-PME, l'inspection du travail s'oriente vers une mission de soutien de la représentation collective des salariés.

Les relations entre le procureur de la République et l'inspection du travail sont conditionnées par les suites données par le parquet aux procès-verbaux de l'inspection. Ceux-ci sont au demeurant relativement peu nombreux<sup>38</sup>. Les représentants du parquet, rencontrés par la mission dans certains départements, établissent en effet des priorités d'action sensiblement différentes de celles de

<sup>38</sup> Dans certains départements, les procès verbaux transmis diminuent de manière sensible après des classements sans suite, ce qui semble indiquer une « auto-censure » des agents de contrôle.

l'inspection du travail, en mettant l'accent sur les accidents du travail et la lutte contre le travail illégal (priorité relativement moins partagée par les agents de contrôle en section). Dans certains parquets, les cas de discrimination syndicale sont classés sans suite en l'absence de plainte avec constitution de partie civile, tout comme les cas de harcèlement moral, s'il n'est pas fait état de violences ou menaces. Les magistrats du parquet sont demandeurs d'échanges réguliers, notamment pour évoquer les priorités d'action des deux institutions, les problèmes concrets d'intervention de l'inspection du travail et de transmission des procès-verbaux.

Dans les départements visités par la mission, les délégués du médiateur ne sont que très peu saisis de réclamations des usagers sur le fonctionnement des services de la DDTEFP à l'exception des plaintes sur les délais de la COTOREP. Aucun n'a mis en cause le fonctionnement des services de renseignement ou de l'inspection du travail. En Seine-Maritime, parmi les 240 dossiers que le médiateur a traités de 1997 à 2000, seuls dix dossiers l'ont amené à saisir la DDTEFP (demandes d'information, litige sur l'utilisation du chéquier conseil dans le cadre de la création d'entreprise, difficultés pour obtenir des aides financières du FONGECIF...). Se replaçant dans le cadre global de l'amélioration des relations entre l'administration et ses usagers, certains médiateurs ont souligné l'importance d'une réponse rapide, d'une motivation des rejets ou d'une explication des actions. Si plusieurs estiment que la mission de l'inspection du travail vise davantage le contrôle des entreprises que le soutien aux salariés, ils soulignent que les agents de contrôle devraient, au-delà de l'information, s'orienter vers le conseil des salariés, qui n'ont parfois aucun autre recours.

- ***Les interventions sont en général proportionnées aux plaintes mais les agents de contrôle n'ont pas toujours le choix des modes d'action***

La mission a constaté que les agents de contrôle utilisaient tous les moyens d'intervention, de l'appel téléphonique en cas d'urgence à la visite de l'entreprise, de la simple information au relevé de l'infraction par procès-verbal. Les moyens utilisés sont en général adaptés à la gravité et l'urgence de la situation, même si les contraintes juridiques ou de délais de l'intervention de l'inspection, peuvent conduire à des procédures particulièrement lourdes.

Confrontés à des demandes de conseil croissantes et à des demandes individuelles d'intervention, les agents de contrôle ont développé des méthodes d'action leur permettant de respecter la confidentialité des plaintes, en s'appuyant sur les délégués du personnel ou en invitant les usagers à faire personnellement la première démarche auprès de l'employeur. Les réactions sont graduées et proportionnées par certains inspecteurs du travail. Les contrôleurs du travail ont parfois moins la possibilité de hiérarchiser et structurer leur action : ils utilisent la plainte comme un indice pour guider leurs interventions. Cependant, lorsqu'ils interviennent en entreprise, les agents n'ont pas toujours le choix des modes

d'action : pour mener une action rapide, les contrôleurs peuvent être conduits à effectuer un contrôle de l'établissement (pour ne pas faire état de l'existence d'une plainte) mais cette procédure ne permet pas toujours de rassembler des preuves. Ceci se manifeste particulièrement, aujourd'hui dans le cadre des plaintes pour discrimination raciale transmises par le biais du numéro d'appel 114 et de la CODAC (Commission d'accès à la citoyenneté). La méthode du contrôle de l'entreprise, procédure relativement lourde, ne permet pas toujours de régler le cas individuel, mais elle incite l'agent de contrôle à se rendre dans une entreprise qu'il n'a parfois jamais contrôlée : au travers de cette plainte individuelle, il peut, le cas échéant, prévenir d'autres problèmes (hygiène et sécurité, durée du travail...). Toutefois, alors que l'aboutissement de certaines de leurs interventions est lié aux suites données par le parquet, on peut regretter que la coordination reste limitée et, lorsqu'elle existe, qu'elle se cantonne trop souvent à la lutte contre le travail illégal et aux procédures d'accident de travail.

## **À l'hôpital, la mise en place de la représentation des usagers est laborieuse**

Récemment, les usagers se sont vu reconnaître une place à l'hôpital. Mais tant le traitement des plaintes que la représentation des usagers dans les conseils d'administration des hôpitaux posent problème.

### **Le traitement des plaintes est une fonction nouvelle encore mal assumée**

Pendant de nombreuses années, les établissements de santé se sont présentés comme des espaces clos et secrets, peu ouverts sur l'extérieur. Dans ce climat, les plaintes ou les réclamations formulées par les malades étaient vécues comme des actes d'hostilité, et les demandes d'information comme des reproches. Ce n'est que très récemment, avec la mise en place de la démarche qualité, que les plaintes et les réclamations des malades ont été considérées comme des éléments de détection des dysfonctionnements d'un établissement dont les différents acteurs, responsables administratifs et professionnels de santé, pouvaient ne pas avoir pris conscience. Or, l'analyse de ces manifestations spontanées de mécontentement permet, éventuellement, de mettre en place des actions correctrices et d'améliorer ainsi la qualité de la prise en charge. Une telle évolution, qui repose sur un changement de comportement, voire de culture, de la part non seulement des gestionnaires, mais aussi du corps médical, exige du temps. Elle est, au demeurant, inégale et le traitement des plaintes reste encore trop souvent artisanal. La mission a ainsi étudié l'enregistrement, le traitement et le suivi des plaintes ainsi que le fonctionnement de la commission de conciliation dans ses trois composantes : commission plénière, permanences de ses membres et médecin conciliateur.

### ▪ *L'enregistrement des plaintes*

De manière générale, les plaintes, pour être enregistrées, doivent avoir fait l'objet d'une lettre adressée au directeur. C'est le plus souvent un membre de l'équipe de direction, qui est chargé de les centraliser et de les ventiler pour traitement, après avoir envoyé un accusé de réception au plaignant. Dans un établissement privé, l'hôpital européen de Paris La Roseraie, certains accusés de réception concernant des réclamations relatives aux conditions d'hébergement ou au comportement du personnel peuvent être assimilés à des réponses : le patient est remercié de sa coopération, il lui est assuré que tout sera fait pour remédier à l'état de fait signalé. Dans les établissements visités par la mission, quel que soit leur statut, public ou privé, l'enregistrement ne se fait que très exceptionnellement sur un registre. Il est généralement réalisé à partir de fiches informatisées ou dans des classeurs qu'il n'est pas rare de trouver en plusieurs exemplaires : un pour les demandes d'informations, un autre pour les affaires pré-contentieuses, indépendamment du classement spécifique des affaires contentieuses. L'enregistrement mentionne généralement la date d'arrivée et la nature de la plainte, celle de l'envoi de l'accusé de réception, parfois afin de préserver l'anonymat, le numéro de dossier du patient, la personne ou le service à qui est confiée l'instruction de la plainte, la date du retour d'instruction et celle de la réponse au plaignant. C'est en général le directeur qui signe les réponses. Mais toutes les plaintes ne font pas l'objet d'un enregistrement. Si celles mettant en cause l'activité médicale le sont, il n'en est pas de même des démarches qui concernent le personnel soignant, qui ont trait aux conditions d'hébergement ou à la facturation. Les observations formulées dans les questionnaires de sortie, de même que les réclamations orales sont très rarement prises en compte. Il convient de noter comme exemplaire dans ce domaine, l'établissement de Saint-Camille à Bry-sur-Marne qui tient un registre où sont consignées toutes les plaintes, quelle qu'en soit l'origine : affaires réglées à l'intérieur du service, plaintes orales exprimées à l'accueil ou plaintes reçues par la directrice. Selon la gravité de la plainte, le plaignant peut être reçu par la secrétaire générale de l'établissement. Le CHU Henri Mondor de Créteil a, pour sa part, ouvert un registre et envisage de transcrire les plaintes orales sur des fiches qui pourront faire l'objet d'un enregistrement.

### ▪ *Le traitement des plaintes*

Si l'enregistrement des plaintes est généralement centralisé par un membre de l'équipe de direction, leur traitement est décentralisé, l'instruction pouvant être confiée, selon la nature de la plainte, à des intervenants différents. Le service juridique prend en charge les affaires pré-contentieuses qu'il instruit en liaison avec l'assureur (à l'exception de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris qui est son propre assureur). Les plaintes mettant en cause l'activité médicale de l'établissement sont orientées vers les chefs de services concernés pour qu'ils puissent donner, avec leur avis, des éléments d'information sur les circonstances

et le bien fondé de la réclamation. Le médecin conciliateur peut être saisi directement ou après l'obtention du rapport du chef de service sans que les critères de sa saisine soient clairement précisés. Interrogés par la mission, les médecins conciliateurs eux-mêmes n'ont pas su apporter de réponse sur ce plan. La situation est encore plus complexe dans les CHU où ce sont les directeurs d'établissements qui font appel au médecin conciliateur. En l'absence de réflexion collective et de note de service harmonisant les pratiques et précisant dans quels cas et pour quels types de dossiers, l'intervention de ce praticien est souhaitable, chaque directeur agit selon des règles qui lui sont propres. Dans l'un des établissements visités par la mission, l'Institut Jacques Cartier, les plaintes relatives au comportement des praticiens leurs sont adressées à charge pour eux de répondre directement aux plaignants. Le directeur de l'établissement ne recevant pas de double du courrier, en ignore le contenu et ne peut même pas s'assurer qu'une réponse a bien été produite. Ceci est explicable par le statut des médecins qui exercent à titre libéral dans cet établissement privé à but lucratif.

L'instruction des plaintes concernant le comportement du personnel soignant peut être confiée, selon le statut et l'importance de l'établissement :

- aux directeurs d'établissements quand il y a plusieurs sites, qui les étudient alors en liaison avec la surveillante générale concernée (CHU d'Amiens, CHU de Montpellier) ;
- au directeur des ressources humaines (La Roseraie, le centre hospitalier de Montauban) ;
- au directeur des services de soins infirmiers (Institut Jacques Cartier, CHU de Mondor).

Les médecins ne sont pas toujours associés à l'instruction de ce type de plainte comme par exemple au CHU d'Amiens, où il est admis que le personnel soignant relève d'une autre hiérarchie. Les plaintes relatives aux conditions d'hébergement sont généralement traitées par le directeur des affaires générales et celles qui ont trait à la facturation par le directeur des services financiers.

#### ▪ *Le suivi des plaintes*

Seules les plaintes enregistrées peuvent, par hypothèse, donner lieu à un suivi et à une exploitation. Dans la mesure où toutes les plaintes ne sont pas enregistrées, le suivi reste forcément lacunaire. Par ailleurs, peu d'établissements ont intégré le traitement des plaintes dans leur démarche qualité et ont procédé à leur analyse par nature et par service. Le CHU Henri Mondor a réalisé ce travail, mais ne formalise ni le suivi, ni les actions correctrices éventuellement mises en place. Un logiciel devrait être implanté en vue d'améliorer le dispositif existant. Le CHU de Montpellier met en place une base centralisée des plaintes qui permettra d'assurer un suivi des réponses et des suites données, tout en fournissant une typologie des plaintes par service et par motif. Selon les éléments statistiques communiqués à la mission par le CHU Henri Mondor et par la Direc-

tion générale de l'AP-HP, 40 à 50 % des plaintes comportent des aspects médicaux, plus de 20 % sont relatifs à des questions paramédicales, près de 15 % critiquent l'environnement, les autres concernant le secteur administratif et la facturation. De manière générale, l'ensemble des établissements visités constate une augmentation du nombre de plaintes enregistrées d'une année sur l'autre (plus de 15 % à Mondor), et une relative stabilisation du contentieux. Il paraît raisonnable d'attribuer cette augmentation à deux facteurs, dont il est difficile de déterminer l'importance relative : une meilleure connaissance de leurs droits de la part des usagers et une collecte plus effective des plaintes par l'administration de ces établissements, en dépit des imperfections mentionnées.

### **Le rôle des commissions de conciliation est mal défini**

Préalablement à la publication de l'ordonnance du 24 avril 1996, un certain nombre d'établissements avaient ressenti le besoin de prévenir et de régler les litiges liés à l'activité médicale et à l'insuffisance de l'information donnée par le corps médical.

L'AP-HP a institué, dès 1989, la fonction de conciliateur médical dans ses hôpitaux de court séjour. Pendant plus de dix ans, cette initiative a permis, en l'absence de faute professionnelle, d'éviter des conflits et des contentieux grâce à une écoute attentive et aux explications d'un médecin extérieur à l'équipe hospitalière chargée de la prise en charge du patient. D'autres établissements, comme le CHU de Montpellier et l'Institut Marie Curie, ont aussi instauré avec succès une telle fonction. Le centre hospitalier de Montauban a mis en place, dès 1995, un comité de conciliation et de règlement des litiges, sous l'impulsion de la présidente de l'Association des usagers et amis du centre hospitalier. Né d'une volonté commune à l'ensemble des acteurs d'étudier et de régler en commun les plaintes, ce comité avait une composition très proche de la commission de conciliation actuelle. Il comprenait le directeur, le président de la CME, le directeur des services de soins infirmiers et un représentant des usagers. Sa souplesse de fonctionnement a donné toute satisfaction.

Le nouveau dispositif prévu par l'ordonnance précitée, qui instaure les commissions de conciliation, les permanences hebdomadaires de ses membres, et la fonction de médecin conciliateur, doit répondre à deux missions :

- d'une part assister et orienter une personne qui s'estime victime d'un préjudice, du fait de l'activité de l'établissement ;
- d'autre part lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose.

Ce texte n'est pas exempt d'ambiguïtés. Tout d'abord, il fait coexister une mission relationnelle d'assistance et d'orientation avec une mission d'information sur les procédures pré-contentieuses et juridictionnelles. Cette dernière ne paraît d'ailleurs pas adaptée à la composition de cette instance. Ensuite, l'utilisation du terme conciliation peut être source de confusion. En effet, il peut ren-

voyer soit à une procédure utilisée par la justice administrative, soit à la mission confiée aux conseils départementaux de l'ordre des médecins. Or la commission de conciliation ne remplit, d'après les textes, aucune de ces fonctions. Par ailleurs, le décret du 2 novembre 1998 élargit ses missions en lui confiant un rôle d'évaluation de la satisfaction des patients, dans la mesure où cette instance peut discuter des résultats de l'exploitation des questionnaires de sortie ou de toute autre enquête relative à ce sujet.

Ce même texte apporte des précisions sur les modalités de son fonctionnement :

- les demandes et réclamations sont reçues par le directeur qui en accuse réception et les enregistre ; le registre est tenu à la disposition des membres de la commission dans le respect des règles relatives au secret médical et à la vie privée ;
- la commission est informée par le directeur « du nombre, de la nature et de l'issue des recours gracieux ou juridictionnel mettant en cause l'établissement de santé. » et par le médecin conciliateur qui lui rend compte de son intervention ou de son action ;
- elle formule des recommandations à l'attention du directeur et a connaissance des suites données ;
- elle élabore un rapport annuel dont le contenu ne doit comporter que des données anonymes.

Il convient de noter que si une commission de conciliation souhaite délibérer sur des cas individuels ceux-ci doivent être rendus anonymes (lettre de la Direction des hôpitaux en date du 13 août 1999) bien que les membres de cette instance soient tenus à l'obligation de secret professionnel et qu'ils puissent être amenés à rencontrer les plaignants au cours de leurs permanences. Ces ambiguïtés juridiques, dénoncées à maintes reprises par les associations d'usagers, ont incontestablement influencé le fonctionnement de ces instances, dont le bilan actuel apparaît, de fait, très contrasté. Le caractère opérationnel du dispositif reste en effet à démontrer.

#### ■ *Une activité encore peu soutenue*

Composée de cinq membres dans le secteur public (le président de la CME, le médecin conciliateur, un membre de la commission du service de soins infirmiers, les deux représentants des usagers au conseil d'administration) et de trois membres dans le secteur privé, où les usagers ne sont pas représentés, les commissions de conciliation se sont mises en place très progressivement, depuis la parution du décret du 2 novembre 1998.

Si dans tous les établissements visités par la mission, les commissions avaient été installées, il semble que ce ne soit pas encore le cas dans la totalité des régions. Une enquête réalisée en janvier 2000, par l'Union régionale des associations familiales du Nord-Pas-de-Calais (URAF) auprès des représentants des

usagers des hôpitaux publics et portant sur cinquante établissements des régions du Nord-Pas-de-Calais, de la Picardie et de Champagne-Ardenne, indique ainsi que seulement 15 % d'entre eux, sont dotés d'une telle instance. Une autre enquête réalisée en février-mars 2000 par l'Union hospitalière du Sud-Ouest auprès de soixante-quinze établissements dont douze CHU a fait ressortir un taux de couverture de 5 %.

En ce qui concerne le fonctionnement des commissions, la mission a pu constater que, dans les établissements visités :

- la moitié ne s'étaient pas encore réunies depuis leur installation dans le courant de l'automne 1999 ;
- les autres ne s'étaient réunies que trois ou quatre fois dans les autres établissements. Après avoir établi leur règlement intérieur, organisé les permanences de leurs membres, elles ont abordé soit l'examen de plaintes individuelles, soit l'évaluation de la satisfaction des patients, étant donné qu'elles ne se sont intéressées jusqu'à présent qu'à l'un de ces deux secteurs et pas aux deux simultanément.

L'examen des règlements intérieurs révèle les interrogations encore soulevées sur la place et le rôle de ce mécanisme :

- au CHU Henri Mondor, il est prévu que la commission puisse recevoir une personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'hôpital, et qui peut se faire représenter par la personne de son choix. La commission peut saisir le médecin conciliateur ;
- au CHU d'Amiens, la commission s'est vue reconnaître comme premier axe d'intervention une participation à la démarche qualité, à partir des résultats de l'évaluation régulière du degré de satisfaction des patients. Le médecin conciliateur ne rend pas compte de ses interventions à la commission, qui n'a par ailleurs aucune activité dans ce domaine. La commission intervient en revanche dans le domaine de la satisfaction des patients qui relève du volet qualité, en formulant un certain nombre de recommandations relatives par exemple à l'information du malade, au dossier médical ou à la signalisation.

Même si le règlement intérieur se borne à reproduire les textes réglementaires, le fonctionnement d'une commission peut varier d'un établissement à l'autre :

- à l'hôpital de Montauban, la commission discute des plaintes individuelles relatives à l'activité médicale à partir des informations recueillies par le médecin conciliateur et élabore des recommandations adressées au directeur. Ce dernier l'informe en retour des décisions prises lors de la réunion suivante ;
- à La Roseraie, c'est une émanation de la commission comprenant deux personnes, le médecin conciliateur et une collaboratrice de la PDG qui centralise les plaintes mettant en cause l'activité médicale, les étudie et s'efforce d'apporter une réponse au patient.

Les présidences des commissions sont en général confiées aux médecins conciliateurs ou aux présidents des commissions médicales d'établissement, exception faite du centre hospitalier de Blois où la fonction est exercée par un représentant des usagers.

▪ **Les permanences de la commission de conciliation sont encore peu nombreuses**

Elles n'ont pas été mises en place dans tous les établissements. Le CHU de Montpellier ne les a pas encore installées, ce cas n'étant pas isolé, si l'on se réfère aux résultats de l'enquête précédemment citée, réalisée dans la région Nord-Pas-de-Calais, où trente-huit établissements sur cinquante sont dans cette situation.

Il faut bien reconnaître que, même dans les établissements qui ont investi dans l'organisation matérielle et la formation juridique des membres chargés de ce rôle, comme par exemple le CHU de Mondor ou l'Institut Marie Curie, les permanences sont loin de remporter un franc succès. Leur fréquentation reste confidentielle, de l'ordre d'une personne par mois. Le désintérêt manifesté par les patients vis à vis de ces permanences amène les commissions à s'interroger sur l'utilité de maintenir un tel dispositif, par ailleurs très consommateur de temps. Certaines d'entre elles souhaitent s'orienter vers un système de permanence téléphonique permettant aux patients de rencontrer soit la personne responsable du traitement des plaintes à la direction, soit un membre de la commission de conciliation. À l'Institut Marie Curie, la commission a ainsi mis en place un système de « permanence sur rendez-vous ». Tout patient qui le désire peut rencontrer, soit le responsable du service des admissions, soit la spécialiste juridique placée auprès du directeur. Dans un deuxième temps il peut rencontrer le président de la commission, lui-même médecin, ou un de ses adjoints.

---

**Le rôle du médecin conciliateur est utile et bien accepté**

Si la conception et le fonctionnement des commissions de conciliation soulèvent de nombreuses interrogations, les fonctions de médecin conciliateur sont généralement bien acceptées, tant par les patients que par le corps médical. La mise en place des conciliateurs médicaux, précurseurs des médecins conciliateurs, a montré tout l'intérêt qui s'attachait à une telle mission et a probablement contribué à une meilleure intégration de ces derniers dans le dispositif de traitement des plaintes médicales. Tous les praticiens rencontrés par la mission estiment que pour être bien exercée, cette fonction nécessite une bonne connaissance du fonctionnement interne d'un établissement, que seul un médecin en activité ou éventuellement retraité, peut posséder. Le médecin conciliateur a donc été, en règle générale, désigné parmi les membres du corps hospitalier exerçant dans l'établissement, toutes disciplines confondues. Les éta-

blissements privés à but lucratif ont pour la plupart fait appel à des médecins salariés de l'établissement (responsable de l'information médicale ou conseiller médical, membre de l'équipe de direction). Souvent proposés par la CME, puis désignés par le directeur, sans avoir été réellement candidats, ils se sont néanmoins investis dans l'exercice de leurs fonctions, qu'ils s'efforcent de remplir le mieux possible. Certains d'entre eux considèrent qu'ils sont ainsi en mesure de donner aux usagers des éléments supplémentaires d'information et d'éclaircissement mais aussi grâce à des discussions informelles d'inciter leurs confrères dont les pratiques ont été mises en cause, à les modifier. Ils ont même la possibilité de détecter, dans les réclamations, certains dysfonctionnements de l'hôpital. Le médecin conciliateur est saisi par le directeur de l'établissement, qui prend généralement cette décision après avoir reçu le rapport du praticien concerné (CHU d'Amiens, CHU Henri Mondor, CHU de Montpellier...), sans que les motifs qui président à cette saisine soient toujours clairement explicités. L'IGAS a constaté que les rapports des praticiens ne figuraient pas systématiquement dans les dossiers transmis au médecin conciliateur (CHU d'Amiens). Dans certains établissements, la décision est prise après une lecture commune de la plainte effectuée par le responsable administratif et le médecin conciliateur. Ce dernier peut alors être saisi directement (centre hospitalier de Montauban, La Roseraie).

▪ ***La pratique du médecin conciliateur varie d'un établissement à l'autre***

Il prend généralement contact avec le plaignant mais il peut également attendre d'être recontacté par le plaignant lui-même, qui a été informé de sa désignation (CHU d'Amiens). Il demande au patient l'autorisation d'accéder à son dossier médical, sauf dans certains établissements comme le CHU d'Amiens où il s'est vu reconnaître par la CME un droit d'accès systématique, à l'hôpital de Blois où tous les praticiens ont accès aux informations contenues dans le dossier unique, à l'hôpital de Sèvres comme à La Roseraie où il n'existe que des dossiers d'hospitalisation. Il peut ne pas intervenir dans le traitement des plaintes médicales (l'Institut Jacques Cartier) où, comme dans le passé, elles sont transmises au praticien incriminé pour traitement et réponse à l'intéressé. Son activité est alors centrée sur les plaintes ayant trait à l'organisation des services, telle que les attentes au bloc opératoire. Il peut intervenir dans le cadre d'une « émanation de la commission de conciliation » comme à La Roseraie où les plaintes concernant l'activité médicale sont suivies par deux personnes, membres de la commission de conciliation. Le patient est convié à participer à une réunion, où en présence de ces deux personnes, il pourra rencontrer le médecin incriminé qui a préalablement été informé des griefs formulés à son égard, et discuter avec lui. Le plaignant recevra un procès verbal de cette réunion. Il peut étudier les dossiers qui lui ont été confiés en faisant appel à des médecins experts parfois extérieurs à l'établissement (CHU Henri Mondor). Il peut accepter d'étudier non seulement la pratique médicale mais aussi le comportement des soignants, quand le dossier comprend les deux éléments (CHU Henri Mondor) ou refu-

ser de le faire, s'il considère qu'il s'agit d'un autre domaine (CHU d'Amiens).

En principe, il rend compte de son intervention et de son action au directeur de l'établissement et à la commission de conciliation, et parfois au chef de service concerné par la plainte, comme à Henri Mondor. Mais il existe des variantes :

- au CHU de Montpellier et à l'hôpital de Montauban, seule la commission reçoit ses informations et les communique ensuite avec son avis au directeur ;
- au CHU d'Amiens, au centre hospitalier de Blois et au centre hospitalier de Sèvres, seul le directeur est destinataire du rapport du médecin conciliateur.

L'activité des médecins conciliateurs reste cependant faible. Exception faite du CHU de Montpellier, où une quinzaine de dossiers ont été rapportés, la moyenne dans les autres établissements se situe, au total, entre quatre et cinq dossiers en huit mois de fonctionnement. Compte tenu de l'absence de directives écrites ou orales données par les directeurs d'établissements, précisant le type ou la nature des dossiers justifiant la saisine des médecins conciliateurs, il est malaisé d'avancer des explications en ce domaine. Mais, quels que soient les tâtonnements ou les difficultés qu'éprouvent encore certains médecins conciliateurs à se positionner par rapport à l'administration, à la commission ou à leurs confrères, la mission est convaincue qu'une telle fonction exercée par des médecins motivés, reconnus par leurs pairs, peut être un élément de modification majeur du comportement du corps médical à l'égard des usagers de l'hôpital.

### **Le choix du mode de représentation des usagers pose problème**

Si la représentation des usagers dans les conseils d'administration des hôpitaux publics est aujourd'hui généralisée, elle n'en pose pas moins plusieurs questions. D'une manière générale, les représentants des usagers ont éprouvé des difficultés à se positionner comme des administrateurs à part entière, ce qui est pourtant réglementairement leur statut. De ce point de vue, ils n'ont pas toujours été bien accueillis, voire quelquefois, été appréhendés comme des administrateurs de « seconde zone », car non professionnels, non administratifs, non médicaux ou non politiques. Certains ont même vu la légitimité de leur représentation contestée par les élus qui revendiquaient le monopole de la représentation des citoyens, donc des usagers. De plus, les représentants des usagers n'ont pas toujours bénéficié des formations ou de l'information nécessaires à la compréhension du fonctionnement et des enjeux complexes du monde hospitalier. Leur rôle s'est alors réduit à une présence passive. Sur ce point, il faut noter l'important travail de formation réalisé par le CISS qui a confectionné un guide clair sur les pouvoirs d'un administrateur d'hôpital ainsi que les séances de formation prise en charge par le milieu associatif (UDAF notamment), par l'École nationale de la santé publique (ENSP) et plus rarement par les administrations d'État. Si certains se sont investis dans la participation à diverses

commissions issues du conseil d'administration (majoritairement les commissions d'appel d'offres), il est révélateur que l'IGAS, au cours de ses missions, ait régulièrement dû rappeler aux représentants des usagers qu'ils avaient la possibilité de demander que leur intervention soit inscrite au compte rendu des conseils d'administration, le pouvoir de proposer des sujets à débattre ou de réclamer des éclaircissements complémentaires sur les sujets abordés lors de ces réunions. De ce fait, la mission estime que les représentants des usagers rencontrés exercent leur mission de manière quelque peu décevante. De plus, tous ont souligné la lourdeur des engagements impliquant de nombreuses réunions. La plupart des représentants des usagers salariés ont même reconnu qu'il leur serait difficile de se porter volontaires pour un nouveau mandat, tant la conciliation entre cet engagement et les responsabilités professionnelles semblait difficile sinon incompatible. De fait, cette réalité aboutit à une sur-représentation des usagers retraités.

Au-delà de ces difficultés, la représentation des usagers pose d'autres questions délicates. Tout d'abord, il n'existe pas de représentation des usagers dans les établissements privés, tant il paraît difficile de les faire participer aux conseils d'administration de ces structures. Il n'en reste pas moins que, recevant des patients et des familles, participant à la prise en charge hospitalière de la population, ces établissements, doivent d'une manière ou d'une autre, s'ouvrir à une telle représentation. Plus généralement, la notion de représentation des usagers de l'hôpital renvoie à des définitions différentes de l'usager : patient représenté par une association spécialisée de malades ; citoyen malade potentiel représenté par une association relevant de la société civile ; consommateur ; militant engagé dans un travail social. Concrètement, la mission a rencontré ces différents profils. Au-delà des différences de statuts et d'associations représentées, elle a cependant constaté que les représentants des usagers dont l'exercice de la mission lui est apparu la plus proche de ce que souhaite l'institution étaient ceux qui font partie d'une association consumériste. Il n'est pas sûr cependant que ce soit cette forme de représentation, la plus conforme à ce que souhaite l'administration qui soit la plus apte à faire évoluer le monde hospitalier. En effet, les usagers n'ont pas tant besoin de participer aux choix économiques et organisationnels de l'hôpital que d'être là, comme personnes singulières pour rappeler aux médecins, aux soignants, aux administrateurs et aux politiques que les malades, sont des personnes humaines, concrètes. La représentation des usagers doit rappeler l'importance des problèmes quotidiens et des relations humaines.

L'expérience relatée à l'Inspection générale par certains directeurs d'hôpitaux, de commissions des usagers (ainsi à l'établissement de santé spécialisé Esquirol à Charenton) montre que c'est grâce à la collaboration de ces usagers, malades eux-mêmes, qu'ont pu être amorcées des réformes concrètes, importantes pour la vie des malades, tel que l'accès au téléphone dans les chambres, par exemple, ce qui était exceptionnel en milieu psychiatrique.

## **Le fonctionnement de l'Institut Marie Curie, une expérience à diffuser**

L'expérience de l'Institut Curie est apparue particulièrement illustrative des bonnes pratiques envisageables en matière de relation avec les usagers.

### **▪ Caractéristiques de l'établissement**

La section médicale de l'Institut Marie Curie emploie 850 personnes (équivalents temps plein) dont 110 personnels médicaux et 737 personnels non médicaux. L'établissement offre une capacité totale de 184 lits en hospitalisation complète et 43 places en ambulatoire, disponibles dans les quatre départements médicaux principaux que sont le département d'oncologie médicale, le département d'oncologie pédiatrique, le département d'oncologie chirurgicale et le département d'oncologie radiothérapiques. En 1998, l'établissement a totalisé 10 016 admissions qui ont constitué 51 028 journées d'hospitalisation classique auxquelles s'ajoutent environ 18 000 venues en alternatives à l'hospitalisation et plus de 2 200 patients traités en radiothérapie externe. Les consultations en oncologie adulte, en oncologie pédiatrique, en radiothérapie et en chirurgie ont représenté un volume de 70 666 consultations. L'origine géographique des patients soignés à l'Institut Curie offre des spécificités marquées, puisque si les trois quart sont originaires de l'Ile-de-France, un quart est issu du reste de la France et de l'étranger.

En matière d'accréditation, l'établissement venait, au moment de l'enquête, de déposer un dossier auprès de l'ANAES. Depuis quelques mois, les services, qui se sont engagés dans cette procédure sont amenés à revoir les documents d'information des patients et réfléchissent à l'amélioration de leur communication.

Dans le domaine de la chirurgie, par exemple, les documents produits sont établis selon un modèle identique comprenant :

- une définition de l'intervention en elle-même, ;
- le ou les divers buts possibles de cette intervention ;
- son déroulement habituel ;
- les risques immédiats, les risques secondaires ;
- les complications graves et/ou exceptionnelles.

Chaque document précise les objectifs poursuivis et rappelle que le médecin est à la disposition du patient pour répondre à toutes ses questions. Enfin il est demandé au malade de préciser ses traitements habituels, éventuels et de signaler les manifestations allergiques. Le second type de document élaboré est le « consentement éclairé » à apporter signé le jour de l'intervention. Ces informations sont présentées en noir et blanc. Certains services ont mis au point des documents sur des fiches plus rigides où le jeu des couleurs rend les dossiers plus attrayants. Ainsi en est-il pour le service de réanimation avec la fiche

« *Pour mieux comprendre votre anesthésie* », destinée aux adultes et le dépliant destiné aux parents des enfants qui vont subir une anesthésie générale en ambulatoire. Pour les patients du département d'oncologie chirurgicale Hôpital de jour, deux documents d'information attractifs et de lecture facile, ont été élaborés par les anesthésistes : l'un concerne la pose et la surveillance d'un cathéter et l'autre l'anesthésie générale. Ces deux documents informent les patients sur la conduite à tenir et les références téléphoniques du ou des services à contacter, pour tout problème survenant après la sortie. D'autres documents d'information sont en préparation comme par exemple la prise en charge de la douleur. L'ensemble des documents existants est fourni pendant les consultations externes. Les infirmières et les secrétaires médicales, qui assistent aux consultations, peuvent relayer les médecins lors des hospitalisations quand les patients leur posent des questions et osent dire qu'ils n'ont pas compris. Quand elles l'estiment nécessaire, les infirmières informent les médecins des difficultés rencontrées par les patients au regard de la pathologie, du traitement et même de leur angoisse vis-à-vis de l'avenir.

La position des médecins, quant au consentement éclairé du patient, en dehors des protocoles thérapeutiques dans les essais thérapeutiques, est relativement homogène : il n'y a pas de procédure formalisée et bon nombre d'entre eux y sont opposés en raison de son caractère anxiogène.

Les questionnaires de sorties sont centralisés et analysés par un cadre infirmier chargé de mission auprès de la directrice de soins infirmiers. En général, les questionnaires sont remis au cadre infirmier du service. Les patients peuvent également déposer les questionnaires dans le hall d'entrée rue d'Ulm dans une urne.

L'établissement a procédé en 1998 à une évaluation en ayant recours au service d'une société spécialisée, qui a interrogé les patients par sondage téléphonique. Il ressort de ces enquêtes des résultats très honorables en termes d'indice de satisfaction excepté, peut être, sur certains points, liés à l'hôtellerie et à l'attente. Les résultats de l'évaluation sont transmis, sous forme de synthèse, à l'ensemble des chefs de service.

Si la prise en charge médicale est pluridisciplinaire, pour chaque hospitalisé un seul médecin est désigné comme médecin référent (en général le premier médecin qui voit le patient le premier en consultation). C'est lui qui prend en charge et supervise le traitement.

Depuis plusieurs années un dossier médical informatisé existe à l'institut. Le principe de l'accès à un dossier pour tout médecin de l'établissement, qu'il intervienne ou non dans la prise en charge médicale du patient a été acceptée, mais la nécessité d'élaborer une charte de bonne utilisation de ce dossier est apparue. Actuellement il n'est pas envisagé d'autoriser le patient à avoir un accès direct à son dossier qu'il soit informatisé ou non. Certains praticiens ont indiqué à la mission qu'il leur arrivait de lire le dossier du patient avec lui, mais qu'ils ne le transmettaient qu'à un autre médecin.

En pédiatrie, il y aurait peu de demande d'accès au dossier médical. Les informations transitent toujours par le médecin traitant. Mais toutes les explications sont données oralement, tant aux parents qu'aux enfants. Depuis janvier 1998, à la suite d'une réflexion sur la nécessité d'une prise en charge globale du patient, menée en liaison avec un consultant, un psychiatre a été recruté et une unité mobile de psycho-oncologie a été créée. L'équipe, composée d'un psychiatre et de psychologues, analyse, en lien avec le personnel soignant (médecin et paramédicaux), l'ensemble des problèmes posés par la maladie cancéreuse, tant dans son environnement personnel, familial que professionnel. Pour chaque patient concerné, un compte rendu est établi, consultable par le personnel soignant et la secrétaire médicale, un exemplaire étant adressé au médecin traitant. Ce document ne sera pas donné au patient, car il a pour seul objectif de permettre aux personnels de mieux comprendre le malade. Par ailleurs l'établissement a mis en place des séminaires d'éthique, dans lesquels sont étudiés *a posteriori* des cas particuliers qui se sont posés dans les services. Les participants, toutes spécialités et qualifications confondues, se regroupent et réfléchissent sur la conduite à tenir en prenant en compte les désirs du patient.

#### ▪ **La commission de conciliation**

Une commission de conciliation existait à l'Institut Curie avant l'obligation faite par les textes. La pratique d'une prise en charge de certains problèmes rencontrés par les patients par une instance collective de l'établissement est, en conséquence, bien ancrée dans les habitudes de l'établissement. La nouvelle commission de conciliation s'est installée en novembre 1999. Elle s'est réunie en mars 2000 pour un premier examen des cas qu'elle avait eu à connaître. Les membres de la commission de consultation ont bénéficié d'un dossier et d'une formation de deux heures dispensée notamment par un agent chargé de mission auprès de la direction, titulaire d'un DEA de droit médical. La commission est présidée par l'ancien médecin chef du service d'anatomo-pathologie de Curie, assisté de deux médecins conciliateurs adjoints, un médecin et un chirurgien. Depuis son installation dans sa nouvelle configuration, la commission a eu à s'intéresser à une dizaine de cas. Un système de « permanence sur rendez-vous » permet à tout patient qui le désire de rencontrer, soit le responsable du service des admissions soit la spécialiste juridique placée auprès du directeur. Dans un deuxième temps, le patient peut demander un rendez-vous au président de la commission, lui-même médecin ou à un de ses adjoints.

#### ▪ **Les plaintes**

Les plaintes peuvent être adressées soit directement à l'accueil (service des admissions), soit aux services médicaux, soit à la direction. Les principales causes de plaintes ont trait à l'attente, au comportement du personnel et au confort hôtelier. Un registre des plaintes est tenu par la chargée de mission juridique placée auprès du directeur. Une vingtaine de plaintes de degré et de nature divers a été enregistrée depuis décembre 1999 et cinq à six personnes ont

été reçues. Par souci d'efficacité, les plaintes reçues, dont la gravité est faible, font l'objet d'une réponse qui, selon les cas, est écrite et signée soit par le responsable de la gestion administrative des patients, soit par un chargé de mission cadre infirmier placé auprès de la directrice des soins infirmiers, soit par la chargée de mission juridique, et non curieusement par un membre de la direction.

La représentation des usagers à la commission de conciliation est assurée par l'ancienne présidente d'une association de malades. Interrogée par la mission, celle-ci estime de son rôle de donner au malade l'éclairage et le point de vue particuliers des anciens malades. Cette présidente est, de plus, parfaitement intégrée à la vie de l'institut, notamment par le travail de soutien aux malades engagé par son association. L'Institut Curie ouvre également largement ses portes à beaucoup d'autres associations, dont l'intervention dans les services répond à des demandes « classiques » de soutien et d'information, en liaison avec la pathologie dont ils souffrent. Une association à un but plus large, « Service et amitié » prend en charge toute une série de services aux patients.

Néanmoins, la mission a noté le développement d'une prise en charge sanitaire des malades par l'hospitalisation de jour et les consultations externes. Les besoins des malades, en termes de prise en charge sociale et d'accompagnement, se prolongent d'autant plus que les patients veulent rentrer chez eux le soir. Cet aspect est particulièrement marqué pour les soins d'accompagnement dans le cadre de l'unité mobile d'accompagnement et de soins continus. Par définition, l'organisation de ce type de soins impose une ouverture large de l'établissement sur l'extérieur et une prise en charge en réseau et pluridisciplinaire des malades. Sur ce point, il est apparu que la participation, pourtant essentielle, du service social dans cette équipe n'était pas au niveau de ce qu'elle devrait être, afin de concourir pleinement à cet effort de prise en charge globale.

## La difficile reconnaissance de la faute

### L'exemple du traitement des plaintes par les régimes de retraite témoigne du déséquilibre entre usager et institution

À tout moment du processus de passage à la retraite, l'utilisateur peut éprouver un sentiment d'insatisfaction, sur le fond ou sur la forme (temps d'attente, courtoisie, clarté des explications, décision prise...). Le souci de qualité du service rendu inclut nécessairement la prise en compte de cette insatisfaction par les organismes. Or, il s'agit d'un volet absent des premières COG, et peu évoqué dans les guides que l'ARRCO ou l'AGIRC éditent pour cadrer l'action des institutions qu'elles fédèrent. Une certaine autonomie étant laissée dans ce domaine

aux institutions, la mission a étudié comment celles-ci prenaient en compte les plaintes des usagers comme outil de diagnostic et d'action, puis comment elles traitaient les contestations individuelles.

### **Les plaintes sont encore peu utilisées comme outil de diagnostic et levier d'action**

#### **▪ Les outils recensant les motifs d'insatisfaction de l'utilisateur sont lacunaires**

Au sein du régime général, les outils destinés à analyser l'insatisfaction de l'utilisateur se sont révélés mal adaptés à des démarches opérationnelles. Les instruments utilisés par la CNAV au niveau national, enquêtes de satisfaction et suivi des recours en droit, rendent en effet imparfaitement compte des dysfonctionnements des institutions. Les limites méthodologiques (ciblage du questionnaire sur les nouveaux retraités, questions fermées) des enquêtes menées par la CNAV au niveau national en font des baromètres plutôt que des outils de décision, les taux de satisfaction importants affichés comme résultats par les enquêtes étant donc sujets à caution.

Les recours en droit font l'objet, au sein des caisses visitées, de statistiques disparates et partielles. La part des recours correspondant à de la « non-qualité » n'est pas identifiée : le rapport d'activité national fournit des données synthétiques sur les recours en droit (17 839 recours amiables au plan national en 1998), avec une indication des réclamations soumises ou non aux Commissions de recours amiable (CRA), et leur débouché. Or, ces indicateurs sont peu significatifs dans une approche comparative :

- le nombre de réclamations indiqué dépend du mode de recensement. Ainsi la caisse de Lille comptabilise-t-elle les « premières réclamations », d'où un nombre élevé de recours enregistrés. En cas de réponse de la CRAM, seuls 11 % des recours initiaux passent finalement en CRA ;
- le nombre de dossiers soumis aux CRA n'est pas un gage de qualité globale. Il dépend de l'efficacité de la procédure de « dérive pré-contentieuse » de la caisse. Ces termes désignent le mécanisme institué par des circulaires CNAV d'août 1988 et décembre 1996, consistant en ce que la première réclamation d'un usager ne soit pas soumise à la CRA, mais traitée par les services, lesquels sont, selon le choix d'organisation de chaque caisse, soit les services administratifs, soit les services contentieux, soit, dans certains cas, les services administratifs après un passage du courrier par les services contentieux. La contestation n'est traitée en CRA, et donc instruite par le service contentieux, que si l'assuré maintient sa demande après avoir reçu des explications ;
- à l'inverse le taux d'infirmité des décisions des caisses ne correspond pas toujours à de la non-qualité, dans la mesure où les CRA, sous le contrôle des DRASS, prennent, à des degrés divers, des décisions « en équité » ou de « bienveillance » ;

– la typologie des recours en droit, peu détaillée et généralement par objet du recours (date d’effet, validation de trimestres…), diffère d’une caisse à une autre, ce qui rend les synthèses et comparaisons inopérantes.

▪ ***Le recensement plus large des réclamations, de toutes natures est peu développé***

Dans le cadre d’une enquête de la CNAV Ile-de-France sur les appels téléphoniques, un agent a été chargé de noter toutes les réclamations pendant trois mois en 1999 et de les classer par « famille » ; le rédacteur observe à cette occasion que les plaintes n’entrent pas toujours dans le cadre des « sept engagements » arrêtés par l’organisme.

▪ ***Les caisses des régimes complémentaires ont des pratiques très variables***

La fédération AGIRC suit deux indicateurs de gestion concernant les réclamations, relatifs respectivement à celles parvenues à ses services et aux institutions. Ces indicateurs quantitatifs permettent d’observer les grandes évolutions, mais ne conduisent pas à une analyse fine des dysfonctionnements. En dehors de cette initiative, chaque institution ARRCO ou AGIRC s’organise comme elle l’entend. Les réclamations sont souvent traitées par le service dont l’action est à l’origine de la plainte. Ainsi, à la CIRRIC, elles parviennent directement dans les services qui ont procédé à l’instruction du dossier contesté. En cas de persistance du problème, ou dans les cas difficiles, la caisse fait valider ses positions par les services juridiques de l’ARRCO. Il n’y a pas de suivi statistique des réclamations. Le groupe PRO-BTP a pour sa part mis en place récemment des procédures spécifiques concernant les courriers qualifiés de « réclamations ».

▪ ***L’utilisation des réclamations comme levier de progrès est embryonnaire***

L’analyse des réclamations des usagers devrait constituer une source d’information et de décision pour les institutions. De fait, certaines caisses des régimes complémentaires commencent à s’y intéresser dans une approche « client-fournisseur ». L’exemple de PRO-BTP est à cet égard éclairant. Ce groupe a mis en place, en 1999, le suivi statistique et l’exploitation qualitative des réclamations qui parviennent dans ses différents secteurs d’activité (retraite, frais médicaux, prévoyance). Le suivi concerne les « courriers consécutifs à une première demande non satisfaite » et les courriers « signalés » - par exemple, par un administrateur ou la fédération -, ainsi que les plaintes exprimées par un usager lors d’une visite en bureau d’information ou en entreprise. En effet, comme les organismes du régime général, les caisses du groupe estiment qu’une large part des « plaintes » correspond à des demandes d’explication. Les « premières demandes » d’un usager sont donc adressées directement aux services gestionnaires et non comptabilisées, sauf s’il s’agit sans ambiguïté d’une véritable réclamation. Les réclamations sont enregistrées sur un logiciel unique, ce qui permet à tout agent ayant accès à ce logiciel, et qui serait en relation avec l’adhérent, d’en connaître l’existence.

Chaque semaine, les réclamations les plus significatives sont transmises en copie à la Direction des relations avec les adhérents, mise en place en avril 1999, laquelle diffuse mensuellement :

- une analyse statistique exhaustive, par établissement et par type de prestation, le détail ne portant que sur le type d’usager à l’origine des réclamations (retraité/actif) ;
- une analyse qualitative, envoyée à la direction générale, aux directions régionales et aux centres de gestion, débouchant sur des principes d’action (recommandations, actions prioritaires). Par exemple : « *après une erreur de gestion, envoyer une lettre d’excuses* » ; « *accuser réception de toute proposition d’un adhérent sur de possibles modifications visant, selon lui, à améliorer le fonctionnement de PRO-BTP et argumenter la réponse* » ; « *honorer les demandes de rendez-vous dans un délai fixé* » ; « *répondre à tout courrier d’un usager* »...

Au sein de la Direction des relations avec les adhérents, un cadre et un agent de maîtrise travaillent sur les réclamations, et trois cadres et agents de maîtrise sur la qualité des courriers. L’exposition à la concurrence, surtout dans leurs activités de prévoyance, contribue clairement à faciliter la diffusion d’une démarche « client-fournisseur » dans les caisses des régimes complémentaires.

Au sein du régime général, l’exploitation des plaintes est moins formalisée :

- à la CNAV, le contentieux est traité dans la direction compétente en matière de réglementation, ce qui peut favoriser la prise en compte des litiges pour réformer la réglementation ; toutefois, la réactivité de la réglementation à la demande sociale est assez faible ; par ailleurs, les « enquêtes de satisfaction » servent d’outils aux services de communication davantage que les plaintes, dont l’exploitation reste très juridique ;
- d’une manière générale, les organes de direction sont peu impliqués dans le suivi des plaintes ; les conseils d’administration ont délégué leurs compétences aux CRA, qui ont elles-mêmes, dans les faits, largement délégué aux services (*cf. infra*). Les administrateurs de la CNAV ont d’ailleurs, au début de l’année 2000, demandé une synthèse annuelle simplifiée sur les aspects qualitatifs et quantitatifs du contentieux porté à l’appréciation de la CRA, pour disposer d’une vision plus précise.

Les procédures visant à protéger les usagers des caisses du régime général rencontrent des limites pratiques.

### **Les procédures encadrant les contestations garantissent théoriquement les droits des usagers du régime général**

Les caisses du régime général informent l’usager de ses droits en matière de recours au moyen de formules « normalisées » au niveau de la branche. Les

courriers comportant une décision (notification de retraite, de révision, refus d'attribution de l'allocation supplémentaire, notification d'une décision de la CRA) indiquent ainsi les procédures à suivre pour obtenir des demandes d'explications complémentaires et engager des recours - devant la CRA, le TASS, selon les cas -, en précisant les adresses des organismes. La caisse de Lille ajoute une mention sur le risque de pénalité en cas de recours abusif.

En contrepartie, ce dispositif permet aux caisses d'opposer la forclusion aux réclamations formulées hors délai, soit après deux mois. Ce délai a été estimé court par un représentant des usagers rencontré par la mission ; il peut néanmoins être levé si la CRA l'estime opportun. Ainsi, des cas de levée de forclusion par la CRA de Lille ont-ils été notés, lorsque l'examen au fond conduisait à donner satisfaction à l'usager.

▪ **Les marges de manœuvre des CRA sont ambiguës**

Globalement, la procédure amiable présente une utilité certaine pour l'usager :

- d'un formalisme moins lourd que la procédure juridictionnelle, elle permet un réel filtrage des litiges : les CRA ont examiné 8 758 recours amiables en 1998, et décidé de réformer 3 056 décisions, pour 5 702 maintenues. Par ailleurs 2 342 recours en matière de droits contributifs ou non contributifs étaient portés devant les TASS la même année ;
- la préparation des CRA conduit les services à effectuer des compléments de recherche, parfois positifs pour l'usager ; toutes les décisions sont en outre motivées.

L'activité générale des CRA se présente comme suit :

Tableau 4				
En 1998	Nombre	% pour caisse	% contre caisse	Radiations, désistements, sursis à statuer
Contestations traitées	17 839	ND	ND	-
CRA (décisions) 8 758	67 %	33 %	-	
Décisions rendues par les TASS				
Litiges portés devant le TASS :				
- droits contributifs ou non	2 342			
- allocations supplémentaires	1 782	55 %	5 %	40 %
Cour d'appel (arrêts rendus)	300	89 %	11 %	ND
Cour de Cassation (arrêts rendus)	20	35 %	65 %	ND

Source: rapport d'activité national; les chiffres sont corrigés pour tenir compte d'une inversion des chiffres concernant Lille dans le rapport national.

Les pourcentages relatifs aux TASS se rapportent à tous les jugements de ces tribunaux, y compris sur le recouvrement de créances. Le taux très important de radiations, désistements et sursis à statuer - 40 % - peut s'expliquer, au moins

partiellement, par des décès de requérants. La longueur des procédures est d'autant plus préjudiciable aux assurés qu'ils sont âgés et que la retraite constitue la part essentielle de leurs revenus. En outre, la procédure orale, qui interdit de prononcer le jugement sur conclusions écrites est certes souple (possibilité de se faire représenter), mais peut poser un problème pour des personnes âgées ou résidant à l'étranger.

Sur le fond, les CRA s'attribuent des marges de manœuvre différentes par rapport au droit de la sécurité sociale, sous le contrôle des DRASS :

- la première voie que peuvent suivre les CRA consiste à considérer que, sur le plan juridique, le droit de la sécurité sociale est un dispositif d'ordre public, soumis au contrôle de la tutelle, que les parties ne peuvent aménager. Dans cette perspective, la procédure amiable permet aux administrateurs de superviser l'activité des services en s'appuyant sur les services contentieux. L'usager peut en retirer effectivement bénéfice en cas d'erreur non reconnue par le service instructeur, mais les marges de manœuvre des CRA restent limitées ;
- la deuxième voie consiste à prendre davantage en compte, dans le règlement des dossiers, la demande sociale. La CRA serait alors chargée de « mettre de l'huile dans les rouages » et de réformer des décisions inéquitables pour l'usager, même si le strict respect des textes commanderait un maintien de ces décisions. Cette voie entraîne un risque d'inégalité de traitement.

▪ ***En pratique, les CRA exercent leur activité en empruntant aux deux démarches.***

La CRA Ile-de-France est fortement orientée dans une démarche juridique. Le nombre relativement important de dossiers à examiner par rapport aux moyens des CRA a conduit à déléguer une part croissante de la prise de décision, dans les faits, aux services gestionnaires : outre les délégations de signature à la secrétaire de la CRA (CNAV Ile-de-France), les administrateurs infirment rarement les propositions de décisions qui leur sont faites par les services ; les dossiers sont en effet nombreux, techniques, et les administrateurs ne sont pas toujours formés ou disponibles pour jouer pleinement leur rôle (les administrateurs de la CRA Ile-de-France sont conjointement administrateurs au conseil d'administration national).

La CRA de Dijon prend plus souvent des « mesures de bienveillance » ou « en équité », sous le contrôle de la tutelle. Parmi les décisions favorables aux assurés, on peut relever :

- celles acceptant un effet rétroactif, sur la base des motifs suivants invoqués par les assurés : non réception du courrier des ASSÉDIC, mauvais renseignements fournis par la caisse sur la condition de ressources attachée au versement d'une pension de réversion, employeur indiquant tardivement qu'il doit licencier l'assuré pour limite d'âge, fermeture du point d'accueil un jour férié ;

- des décisions revenant sur le caractère définitif de la liquidation : une demande d'annulation de retraite à taux réduit (60 ans) dans le délai de deux mois suivant la notification, l'intéressée indiquant avoir été mal renseignée par la caisse sur ses droits en cas de report de la demande à 65 ans ; réexamen d'une pension de réversion, la MSA ayant annulé celle qu'elle avait liquidée ; à l'inverse, annulation dans le délai légal d'une pension de réversion du régime général, dont le montant était inférieur à la minoration de pension MSA qu'elle engendrait ;
- plusieurs décisions « en équité » autorisent en outre l'exclusion, dans le calcul du salaire annuel moyen, de salaires peu élevés ne validant aucun trimestre.

D'une manière générale, la CRA est d'autant plus ouverte à une révision que la demande de l'assuré lui parvient dans le délai de deux mois suivant la notification, et avant versement du premier arrérage. La « faute » de la caisse ou d'un tiers dans une procédure est également un facteur pouvant justifier la modification d'une décision. Lorsque les caisses doivent répondre à une intervention du médiateur de la République, cette différence d'approche est également constatée. Le médiateur obtient des résultats différents d'une caisse à une autre, certaines acceptant une approche « en équité », d'autres s'en tenant à une position très restrictive, alors même que des doutes peuvent subsister sur le plan juridique.

Des exemples contrastés d'intervention du médiateur en faveur des usagers éclairent cette réalité :

- « Mme N., au chômage, est indemnisée par les ASSEDIC. Elle est informée par la CRAM de Dijon qu'elle pourra demander sa retraite en février 1996, à ses 60 ans, car elle totalisera alors le nombre de trimestres correspondant à une retraite à taux plein. Son conjoint décède peu de temps avant cette date, et elle tombe malade. Elle ne retourne sa demande de retraite qu'en avril 1996, alors que les ASSEDIC ont cessé de lui verser des indemnités. Conformément à la réglementation, sa pension lui est versée à partir du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant sa demande, soit le 1<sup>er</sup> mai. Mme N. conteste aussitôt la date devant la CRA, laquelle rejette son recours le 10 juillet 1996. Mme N. porte le dossier devant les tribunaux. Le TASS rend un jugement défavorable le 11 février 1997. Sur saisine d'un sénateur, le médiateur intervient alors à son tour. Une nouvelle CRA se réunit le 3 septembre 1997 et accepte de rétroagir au 1<sup>er</sup> mars 1996. »
- « Mme T. C. a une carte d'invalidité de la COTOREP depuis le 1<sup>er</sup> avril 1991. Le 1<sup>er</sup> mai 1996, elle demande la liquidation de sa retraite, qui est calculée sur le taux de 25 % et non de 50 % car elle n'a pas demandé la liquidation au titre de l'invalidité au travail. Si elle l'avait demandée sur cette base, elle aurait eu droit d'emblée au taux plein de 50 %. Précisons que Mme TC est malentendante et n'a pas saisi tout ce qui lui a été indiqué au guichet... Malgré l'intervention du médiateur, la CRA rejette le dossier le 14 octobre 1999. L'affaire est maintenant pendante devant le TASS. »

– « En novembre 1983, M. O., ouvrier algérien, demande sa retraite à 60 ans pour inaptitude au travail. En avril 1984, la CNAV lui répond en donnant son accord pour une pension au 1<sup>er</sup> janvier 1984, sous réserve qu'il fournisse une attestation de cessation d'activité. En septembre 1984, il n'a pas fourni d'attestation, car il continue à travailler. La CNAV liquide sa pension " pour ordre " au taux de 50 % (5 457 F par trimestre) et lui notifie. Toutefois, aucune pension n'est versée, en l'absence d'attestation de cessation d'activité. Lorsque M. O. cesse effectivement son activité, cinq ans plus tard, le 31 décembre 1988, la CNAV ne prend pas en compte les vingt trimestres supplémentaires. M. O. saisit alors la CRA, qui rejette sa demande au motif de l'irrévocabilité de la demande initiale et du fait que la liquidation était définitive, même si elle n'a été que " pour ordre ". Le TASS annule la décision en 1989, la CNAV fait appel, la cour d'appel de Paris infirme le jugement en 1990, la Cour de Cassation casse l'arrêt en 1992, la cour de renvoi rend un arrêt en 1994 sans toutefois se prononcer sur le caractère irrévocable de la demande. Le médiateur est saisi en avril 1998. En 1999, la CNAV invoque le jugement... et maintient sa position dans un courrier adressé à un administrateur de la CNAV en mai 2000. »

Ces exemples illustrent les pratiques différentes des CRAM, sous le contrôle de la tutelle, lorsqu'elles sont saisies de demandes portant sur la non rétroactivité de la pension et son intangibilité. Or, si le dossier d'un usager est rejeté par une CRA, il ne peut le soumettre à une autre CRA (compétence géographique) et ses espoirs d'obtenir satisfaction devant les tribunaux, stricts garants du droit, sont alors faibles.

#### ▪ Les délais de traitement sont très différents selon les CRAM

Le délai théorique pour traiter les contestations est d'un mois. En effet, après un mois, en cas de non réponse de la caisse, l'usager peut saisir directement le TASS. L'usager est rarement informé de cette possibilité, et le traitement du litige au niveau de la CRA peut ainsi durer plusieurs années. À la CNAV Ile-de-France, chaque réunion mensuelle de la CRA examine environ 150 dossiers. Certains dossiers traités début 2000 dataient de 1997. À Lille et Dijon, les délais de traitement sont plus satisfaisants. Ainsi à Lille le délai moyen de soumission à la CRA est de quarante-cinq jours, le délai de notification à la DRASS de deux jours, identique à celui de la notification à l'assuré une fois le procès-verbal adopté par la tutelle. En cas de régularisation suite à décision favorable de la CRA, le délai de révision est de trente jours. À Dijon, le délai moyen est de trois mois – de la réception de la contestation jusqu'à la décision de la CRA –, dans la mesure où aucune recherche complémentaire n'est utile ; la notification du procès-verbal de la CRA à la DRASS est faite dans les dix jours à compter de la réunion de la CRA, de sorte que la notification à l'assuré intervient dans les trois semaines suivant la réunion de la CRA. Les délais « procéduraux » sont réduits car la CRA se réunit en moyenne une fois par mois et les

dossiers sont présentés directement en séance aux administrateurs (pas de délai d'envoi préalable).

▪ ***Diverses dispositions ont été prises par les caisses pour diminuer le temps de réponse aux usagers***

Les mesures de traitement direct consistent à régler le différend sans passer par la CRA, pour éviter les délais liés aux procédures. Dans ce cadre, trois méthodes sont utilisées par la CRAM de Dijon :

- le mécanisme de « dérive précontentieuse » déjà évoqué. Les services de la caisse examinent les réclamations - qui sont souvent des demandes d'explications - pour les dossiers ayant donné lieu à notification, avant saisine de la CRA. En cas de révision, satisfaction étant donnée à l'assuré, il n'y a pas lieu de passer le dossier en CRA ;
- des « commissions techniques » rassemblant services de liquidation, du contrôle et contentieux peuvent permettre de résoudre un cas litigieux d'un commun accord sans passer par la CRA ;
- enfin la CRAM est susceptible d'envoyer un enquêteur-conseil au domicile du retraité, dans les cas complexes ; un contact direct peut permettre d'explicitier les positions et, éventuellement, d'aboutir rapidement à une solution. Le service « enquêtes » en a réalisé 168 en 1999 pour des contestations ou des recours devant le TASS.

Au total, de 1996 à 1998, ces procédures « pré-CRA » ont permis de résoudre à Dijon 14 à 26 % des contestations. Un deuxième type de mesures consiste à distinguer les dossiers soumis à la CRA selon qu'ils font l'objet d'une présentation, ou non, aux administrateurs pour débat éventuel. Ainsi, à Dijon, les dossiers systématiquement rejetés en application stricte de la réglementation<sup>40</sup>, ne sont pas présentés aux administrateurs mais ultérieurement intégrés au procès-verbal de la CRA qui leur est adressé. Cette deuxième mesure concerne une majorité des dossiers faisant l'objet d'un rejet de la CRA (qualifiés de « hors CRA »). Ces différentes mesures permettent un traitement plus rapide des contestations. Toutefois, malgré ce type de dispositions, les délais restent parfois très longs (*cf.* Ile-de-France).

<sup>40</sup> CRA de Dijon : sauf cas exceptionnel, il s'agit des dossiers d'allocation veuvage (rejet pour condition de ressources non remplie ou pour dépôt tardif de la demande plus de deux ans après le décès du conjoint), suppression dans le délai de deux ans suivant le premier jour du mois du décès du conjoint, calcul du salaire annuel moyen, application des règles de cumul, forclusion (contestation au-delà du délai de deux mois), rejet d'une pension de réversion pour condition de ressources non remplie, montant des salaires reportés au compte, rejet d'une demande de pension personnelle (aucun trimestre d'assurance validé au régime général), calcul du versement forfaitaire unique, non validation d'une période d'assurance (toutes les recherches effectuées sont négatives), prélèvements obligatoires de la CSG et du RDS.

▪ *L'usager est rarement indemnisé en cas de préjudice*

Les retards de paiement donnent rarement lieu à une compensation au bénéfice de l'usager. Pourtant, depuis 1995, la Cour de Cassation a admis que la responsabilité civile des caisses pouvait être engagée, même en cas de faute simple. En particulier, en cas de demande tardive de l'assuré, la responsabilité de la caisse est engagée si elle n'a pas satisfait à l'obligation d'information posée par le Code de la sécurité sociale. Dans ce cadre, dès lors que l'usager a subi un préjudice, il peut en demander réparation et obtenir des dommages et intérêts à hauteur des sommes perdues. Alors que cette jurisprudence pourrait conduire à un nombre important d'indemnisations, celles-ci sont très peu pratiquées. En effet, les usagers qui pourraient s'en prévaloir en ignorent généralement l'existence et les CRAM attendent d'être condamnées par les tribunaux. Dès lors que la CRA s'est prononcée, les caisses reconnaissent avec réticence leurs erreurs : en particulier, l'exécution des décisions de justice n'est pas systématique. Le médiateur a déjà été saisi de cette question, par exemple lorsqu'est en cause un problème de coordination entre régimes : « *Mme L. bénéficie d'une pension du régime général et d'une pension d'un régime spécial. Chacun des deux régimes a estimé que la majoration liée aux enfants incombait à l'autre, le TASS a opté pour le régime général mais celui-ci a fait appel et refusait d'exécuter, dans l'attente de la décision d'appel. Après plusieurs interventions infructueuses, le médiateur s'est adressé au ministère, et le régime général a pris provisoirement en charge la majoration.* »

**En régimes ARRCO et AGIRC,  
le traitement des plaintes semble soulever  
moins de difficultés**

À la différence du régime général, les documents adressés à l'usager par les caisses ARRCO et AGIRC ne donnent pas d'indication sur les voies et délais de recours. Aucune obligation de cette nature n'apparaît ni dans le cadre légal et réglementaire, ni dans les dispositions internes des institutions de protection sociale complémentaire. Pour autant, la date de notification sert de point de départ au délai durant lequel une éventuelle révision pourra avoir un effet rétroactif. Les caisses n'ont pas de commission de recours amiable. Personnes morales à but non lucratif, les institutions de retraite complémentaires sont régies par le droit privé. Ainsi, ce sont les juridictions civiles - en premier ressort, tribunal d'instance ou de grande instance - qui sont compétentes dans les litiges entre les caisses et leurs usagers. Les caisses de retraite complémentaires indiquent avoir peu de contentieux individuel avec leurs assurés, sauf lorsqu'un point général est contesté (cf. le contentieux fameux de l'AGIRC sur les majorations familiales). En 15 ans, la CIRRIC n'a ainsi connu qu'un litige - relatif à la date d'effet de la retraite - porté devant les tribunaux, dans lequel elle a obtenu gain de cause. Le service « contentieux » des institutions visitées traite ainsi quasi-exclusivement des questions de recouvrement des cotisations ou des indus. Plu-

sieurs hypothèses sont susceptibles d'expliquer la faible importance du contentieux, sans que leur part respective puisse être évaluée : plus grandes marges de manœuvre des gestionnaires ou organes de direction pour régler les litiges « à l'amiable », de façon informelle, le cas échéant moyennant un arbitrage de l'ARRCO ou de l'AGIRC ; inexistance de certaines prestations sources de fréquentes contestations (allocation supplémentaire, allocation veuvage...) ; moindre complexité de la réglementation (règles de cumul, nature des pièces justificatives admises...) ; moindre enjeu financier ; mais aussi probablement moindre connaissance par l'assuré de ses droits à recours...

Les délais de traitement ne semblent pas poser de problèmes particuliers, dans les caisses visitées. Au centre de gestion Créteil de PRO-BTP, les réclamations sont traitées par une cellule « rédaction » qui appartient au secteur « relations avec les adhérents » et les réponses sont signées au niveau au moins du responsable du secteur retraites. Elles doivent être envoyées dans les trois jours (le cas échéant, si le problème est complexe, sous forme de réponse d'attente). La CAVCIC a également élevé le niveau de réponse aux réclamations relatives à la qualité du service au niveau du directeur de la gestion administrative, la réponse sur le fond devant intervenir dans un délai de dix jours. Les réclamations de nature technique sont traitées dans les services dans un délai maximal d'un mois, sous la responsabilité du chef de service. Les allocations réglées avec retard sont actualisées : les rappels d'arrérages dûs doivent être calculés, quel que soit le motif de ce retard, sur la base du montant de la trimestrialité en vigueur au moment du paiement, ce qui n'est pas le cas au régime général.

En définitive, les procédures de traitement des plaintes apparaissent plus simples dans les régimes complémentaires ; néanmoins, l'existence de procédures précontentieuses - CRA -, dans les régimes de base, en dépit de ses imperfections, constituer une certaine garantie pour l'utilisateur.

## **Les modalités de recouvrement des créances et l'indication des voies de recours par les caisses d'allocations familiales ne sont pas satisfaisantes**

### **Les modalités de recouvrement des créances ne sont pas expliquées aux allocataires**

En matière de recouvrement des créances, la formule la plus expéditive et la plus utilisée par les CAF est la récupération sur les prestations mensuelles en application de l'article L. 553-2 du Code de la sécurité sociale. Cette retenue mensuelle était à l'origine fixée par le législateur à 20 % des prestations et portée localement à 30 % sauf dans le cas du RMI. La plupart des caisses visitées appliquaient, lors du passage de la mission entre juin et septembre 2000, la règle

des 20 %. La nouvelle réglementation résultant des lois du 21 juillet 1994 et du 29 juillet 1998 et du décret du 10 mai 1999 fixe le cadre légal des modalités de remboursement des indus et des retenues à effectuer à la suite d'une saisie. Les retenues mensuelles sont désormais déterminées en fonction de la composition de la famille, des ressources, des charges de logement et des prestations servies (sauf exceptions fixées par décret). Par anticipation, dès la loi de 1994, certaines caisses, notamment celle de la Gironde ont, dans le cadre du recouvrement amiable et des demandes de délais, tenu compte des capacités financières du débiteur, du fait de ses ressources et de la composition de sa famille. Mais la lourdeur de ce mécanisme interdisait une gestion manuelle généralisée pour tous les allocataires et toutes les caisses. Seule l'intégration de l'ensemble de ce dispositif, effectuée en novembre 2 000 dans le logiciel « Cristal », est en mesure de rendre son application effective pour l'ensemble des caisses. Il est également applicable pour le recouvrement des créances alimentaires par les caisses. Si ce mode de calcul est sans doute plus équitable, il est si compliqué que les calculs ne peuvent pas être effectués autrement que grâce au logiciel *ad hoc*, ce qui enlève à l'utilisateur toute possibilité de « vérifier » les positions de la CAF. L'octroi de délais ou de modalités de recouvrement, différents des textes, continuent de relever de la compétence des commissions de recours amiable. Ces dispositions ne sont pas encore portées à la connaissance des allocataires, notamment dans les dépliants d'information générale des caisses.

### **Les voies et délais de recours ne sont pas clairement indiqués**

Comme l'a relevé l'enquête sur les juridictions sociales, la mission sur les Caisses d'allocations familiales a constaté que les voies et délais de recours n'étaient pas toujours clairement indiqués dans les notifications adressées aux allocataires. Les notifications éditées par « Cristal » sont particulièrement insuffisantes, puisqu'elles mentionnent le plus souvent « voies de recours : CRA » sans autre commentaire.. Certaines caisses, notamment celles disposant du logiciel de courrier « EDINAT » ont cherché à améliorer l'information. Ces efforts apparaissent encore insuffisants et peu relayés au niveau national.

### **Les décisions des CRA en matière d'API et d'ASF concernent quasi exclusivement les remises d'indus ou la situation d'isolement**

- **Le chiffrage des indus de ces prestations est difficile**

Il est impossible de chiffrer de façon précise les indus récupérés concernant l'ASF et l'API. En effet les statistiques disponibles ventilent le plus souvent les recouvrements par fonds et non par prestation. Le tableau ci après fournit toutefois, une évaluation des indus pour ces deux prestations.

Tableau 5 : Indus détectés et traités en API et ASF

En milliers de francs	API			ASF		
	Indus détectés	% des indus sur prestations payées	Indus traités	Indus détectés	% des indus sur prestations payées	Indus traités
France (métropole et DOM)	267 954	5,84 %	nd	320 145	5,96 %	nd
Gironde	6 351	5,89 %	nd	ASFN : 3 854 ASFR : 1 521	4,07 % 47 % <sup>1</sup>	nd 1 557
Arras	9 406	5,89 %	9 358 <sup>2</sup>	ASFN : 4 240 ASFR : 3 872	4,51 % 82,81 % <sup>1</sup>	4 218 <sup>2</sup> 3 852 <sup>2</sup>
Elbeuf	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Rouen	3 957	6,9 %	nd	3 809	8,1 %	nd
Bouches-du-Rhône	10 429	4,97 %	nd	12 782	5 %	nd
La Réunion	3 831	5,96 %	3 857 <sup>3</sup>	7 873	3,21 %	7 443 <sup>3</sup>
Paris	10 134	8,75 %	nd	5 269	3,23 %	nd

<sup>1</sup> Le taux des indus par rapport aux prestations payées en ASF, résulte notamment des régularisations d'ASDF en ASFN, en fonction de l'évolution des procédures et de la situation du débiteur.

<sup>2</sup> Estimation: application du pourcentage global et récupérations des indus du FNPF (données aléatoires). Les mises en recouvrement sont ventilées par prestation. Les recouvrements sont ventilés par fonds : FNPF/RMI, FNAL/AAH.

<sup>3</sup> Estimations faites à partir de la somme des indus en solde au 1<sup>er</sup> janvier et des indus détectés, diminués des indus en solde au 31 décembre.

- **Les décisions des CRA portent essentiellement sur les remises de dettes et les délais de traitement sont de deux à quatre mois**

Le tableau ci-après résume les différents types de contentieux concernant ces prestations dans les caisses visitées, des statistiques nationales n'étant pas disponibles :

Tableau 6 : Litiges concernant les prestations d'isolement (API et ASF) et le recouvrement des créances alimentaires dans les caisses visitées

Juridictions	Remise de dettes	CRA		TASS		Autres juridictions	
		Isolement	Autres cas (1)	Isolement	Autres cas (1)	Isolement	Autres cas (1)
Gironde	739	nc	nc	10	3	6	4
Arras	476	28	-	4	-	1	-
Elbeuf	27 <sup>1</sup>	-	-	-	-	-	-
Rouen	256	0	3 <sup>2</sup>	15 <sup>3</sup>	-	-	-
Bouches-du-Rhône	465	150	-	8	-	-	-
La Réunion	363	79	15 <sup>4</sup>	22	0	0	0
Paris	71	5	-	-	-	-	-

(1) Préciser la nature du litige.

<sup>1</sup> Dix API et dix-sept ASF.

<sup>2</sup> Date d'effet API ; prescription ASF ; PA versée.

<sup>3</sup> Validation d'un indu sur demande de la CAF.

<sup>4</sup> Suspension des arriérés de pensions alimentaires en faveur de débiteurs d'aliments.

À la Réunion le délai moyen de traitement devant la CRA a été de 3,5 mois pour les dossiers d'ASF et de 4,2 mois pour les dossiers d'API. Dans les Bouches du Rhône, la commission de recours amiable se réunit chaque semaine. Il est statué sur la demande en 2,5 mois en moyenne, ce délai ayant été réduit au premier semestre 2000.

Les décisions de remise de dettes gagneraient à être clarifiées. En effet, l'allocataire demande le plus souvent la remise de l'intégralité de sa dette. Or pendant le délai d'attente, avant le passage en CRA, une partie de sa dette est apurée par prélèvement sur les prestations qui lui sont dues conformément au barème applicable. Lorsque la CRA se prononce en faveur de la remise de la dette, la caisse l'interprète comme ne concernant que le solde restant dû par l'allocataire à la date de la décision et non la totalité. Certes, il peut paraître illogique de faire un rappel sur un indu remboursé, mais en tout état de cause, une décision claire devrait être prise par la CRA et notifiée à l'allocataire.

### **Le contentieux des prestations d'isolement est particulièrement problématique**

Compte tenu des particularités locales, (modalités de liquidation de l'API dans les Bouches-du-Rhône déjà mentionnées et contexte social à la Réunion), ce sont dans ces deux caisses que les litiges sur le fond ou les cas de fraude sont les plus fréquents.

Dans les Bouches-du-Rhône, entre 1997 et 1999, la commission de recours amiable a vu le nombre total des contestations quasiment divisé par deux, passant de 702 à 361, alors que le nombre des contestations concernant l'API, l'ASF et la vie maritale restent à hauteur de 150 par an, soit une proposition passant de 22 % à 41,5 %. Les contestations sur l'isolement sont quasiment toujours rejetées par la CRA, qui suit l'avis des services<sup>41</sup>. Les cas de saisine du TASS concernant ces prestations et le problème de l'isolement et de la vie maritale ne sont pas négligeables : huit en 1997, treize en 1998, huit à nouveau en 1999, ce qui correspond à 19 à 20 % de l'ensemble des cas. Le délai moyen de jugement est de l'ordre d'un an à dix-huit mois. Pour les sept jugements rendus sur les huit saisines de 1997 concernant l'API-ASF-vie maritale, quatre étaient favorables à la caisse et trois aux allocataires.

À La Réunion, devant le TASS, le délai moyen entre la date de recours et la date de jugement ressort à 8,25 mois. Sur 160 dossiers, on compte dix-neuf décisions concernant l'ASF et cinq concernant l'API. En 1999, cinquante cas de fraudes (toutes prestations confondues) ont été étudiés par la CAF, dont deux concernant l'ASF et deux concernant l'API.

<sup>41</sup> En revanche, les demandes de remise de dettes débouchent presque toujours sur des accords.

▪ **La situation au niveau national**

La CNAF a publié une circulaire d'orientation en date du 21 septembre 1999, dont les principes généraux reposent sur deux idées essentielles :

- apprécier le phénomène de la fraude à sa juste mesure ;
- dissocier la gestion pénale de la fraude de ses suites, notamment en matière d'indus.

En présence de situations qui peuvent apparaître frauduleuses, elle préconise :

- une appréciation très circonstanciée et stricte des cas de fraude ;
- l'engagement de poursuites pénales systématiques mais dans les seuls cas de fraude avérée, qui ne laisse pas place au doute, afin de permettre de minimiser les classements sans suite ;
- l'application plus systématique de la prescription biennale en l'absence de décision pénale (ou civile) ;
- l'exclusion de toute possibilité de remise de dette, seulement en cas de fraude constatée par une juridiction pénale, voire civile ;

la récupération des indus liés à une fraude en respectant autant que faire se peut les capacités financières du débiteur (la saisie à 100 % des prestations est une possibilité, non une obligation).

Elle établit annuellement des statistiques sur les cas de fraudes, dont une partie seulement fait l'objet de procédures contentieuses.

**Tableau 7 : Les cas de fraudes au niveau national en 1999 pour l'API et l'ASF**

Fraudes	Nombre de cas				Impact financier réel		
	Omission ou fausse déclaration	Vie maritale non déclarée (nombre)	Autres cas	Total	Nombre de mois	Montant en milliers de francs	Fraudes détectée avant paiement
1-API	120	200	21	341	4 480	10 760	3
2-ASF	75	168	15	258	463	3 741	1
3-Total 1+2	195	368	36	599	4 943	14 501	4
4-Ensemble des fraudes	1 652	591	356	2 599	45 165	70 532	79
3/4 en %	11,80 %	62,27 %	10,11 %	23,04 %	10,94 %	20,61 %	5,06 %
Fraudes au RMI (pour mémoire)	531	166	113	810	11 844	25 774	41

Sources : CNAF.

On constate que les cas de fraudes pour ces deux prestations constituent 23 % du total des fraudes et que la très grande majorité des cas en API et ASF concerne la non-déclaration d'une reprise de la vie maritale.

En matière d'isolement, hormis des cas avérés (père et mère d'un enfant vivant en concubinage et déclarant un seul parent isolé), il est difficile de faire la part entre ce qui relève de l'instabilité dans les relations privées et de la fraude.

En particulier, dès lors que le « beau parent » n'a aucun droit envers un enfant, il est difficile d'exiger qu'il contribue à son éducation. La question est de savoir si la prestation d'isolement compense, outre le handicap économique qui frappe un parent isolé, la solitude affective. Ce n'est en tout cas pas l'interprétation de la Cour de Cassation qui dans un arrêt certes d'espèce, a estimé que dès lors qu'il n'y avait pas aide économique, l'isolement n'était pas rompu. À l'évidence, la notion d'isolement appelle une réflexion d'ensemble, que peut nourrir l'examen des litiges traités par les CAF.

## Un droit de recours très affaibli

Les différentes juridictions sociales ne garantissent pas la bonne application de la loi à l'utilisateur pour trois sortes de raisons : elles disposent généralement de peu de moyens matériels et humains, elles ne sont pas considérées comme de vraies juridictions, et les moyens du juge pour contraindre l'administration à appliquer ses décisions ne sont pas assez employés.

## La faiblesse des moyens des juridictions est générale

Tous les observateurs s'accordent pour dénoncer la faiblesse des moyens matériels et humains des juridictions sociales. Les observations de la mission, rejoignent ce constat.

### Les TASS sont souvent à la recherche de juges

En règle générale, il existe deux TASS par région, l'un étant spécialisé pour le régime agricole. Il a déjà été souligné les difficultés rencontrées pour faire assurer la présidence de ces tribunaux dans des conditions satisfaisantes, notamment au regard du *turn over* souvent excessif des magistrats et de leurs motivations. Comme de façon générale cette juridiction est située au chef lieu de région, les secrétariats des TASS sont parfois installés dans chaque département, ce qui permet à l'utilisateur d'avoir un interlocuteur proche de son domicile. Ces secrétariats doivent être assurés, en principe, par du personnel d'État. Or, compte tenu des moyens des DRASS, il n'est pas rare d'y rencontrer, au titre de solutions « palliatives », des contractuels dits « vacataires », rémunérés sur la ligne budgétaire « sécurité sociale » du budget de la DRASS, et, ce qui est beaucoup plus contestable, des agents des organismes de sécurité sociale « mis à disposition ». Comme, ces derniers ne peuvent signer les documents, il est alors

nécessaire de faire appel à des fonctionnaires retraités honoraires qui paraphent à leur place, ce qui est sans doute une solution originale, mais peu respectueuse de la légalité<sup>42</sup>.

### Les TCI ont des moyens plus satisfaisants

La plupart du temps les TCI siègent en deux formations : l'une spécialisée en matière de recours pour les handicapés mineurs, l'autre pour les majeurs. La présidence du TCI est réglementairement assurée par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales, ou son représentant, ce qui est le cas le plus fréquent. On peut admettre que deux agents de l'État assument ce rôle, puisqu'il existe deux formations spécifiques. Mais il peut advenir que plusieurs personnes (parfois plus de dix, selon les constats de la mission) assurent cette tâche en alternance, ce qui nuit, à l'évidence, à la cohérence des décisions. Le TCI bénéficie de la présence d'un médecin expert, désigné par le DRASS, parmi les médecins inscrits sous la rubrique « experts spécialisés en matière de sécurité sociale » sur la liste établie près la cour d'appel. La mission a constaté, qu'en fait, plusieurs médecins peuvent être désignés. Cette formule peut être bénéfique pour l'utilisateur, puisque, compte tenu de la diversité des spécialités médicales, il est préférable que ce soit un spécialiste qui examine son cas. Cependant le choix des médecins obéit plus à des raisons de commodité qu'à une vision organisée de la fonction expertale. Ce TCI comprend aussi trois assesseurs représentant les salariés, les employeurs et les travailleurs indépendants, un médecin conseil représentant les organismes débiteurs, et un médecin désigné par le requérant<sup>43</sup>. Les effectifs des TCI sont généralement modestes. Ainsi, dans une région qui couvre six départements, le service emploie six personnes : un cadre A, un cadre B, le secrétariat étant assuré par quatre agents dont un est présent, en alternance, lors des audiences. Selon une enquête réalisée par la DRASS de Bourgogne, 20 % des personnels des secrétariats des TCI proviennent des organismes de sécurité sociale, soit une situation similaire à celle déjà évoquée pour les TASS. Le travail du secrétariat est prépondérant, surtout pour le traitement du courrier « arrivé », puisqu'il assume à ce stade, en plus du contrôle de la conformité des pièces, un rôle d'orientation des litiges devant les juridictions adéquates, et le cas échéant de recherche des organismes prestataires. Depuis la mise en place de l'application « Cristal », son travail a gagné en rapidité et en efficacité, puisque la nouvelle procédure informatique permet, dans le même temps, d'envoyer un accusé de réception du dossier à l'utilisateur, de demander un éventuel complément d'informations, et de réclamer les pièces administratives et médi-

<sup>41</sup> Dans une autre région comportant six départements l'effectif est de douze personnes, dont deux agents des CPAM.

<sup>42</sup> La situation décrite correspond à la composition du TCI siégeant en formation « invalidité, accident du travail, inaptitude ». Lorsque le TCI siège en formation « handicapés », la composition est différente. Pour les handicapés siégent : le médecin inspecteur régional de la santé (ou un médecin le représentant à titre permanent désigné par lui), un médecin-expert désigné conjointement par le DRASS et le recteur d'académie (pour les handicapés mineurs) ou par le DRASS et le DRTEFP (pour les handicapés majeurs), deux médecins désignés conjointement par le DRASS et le chef du service régional du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole.

cales aux organismes de sécurité sociale, aux COTOREP et aux CDES. S'agissant des handicapés mineurs, le nombre des dossiers est relativement faible, de l'ordre de 2 %, mais il s'agit d'affaires délicates en raison de leur diversité. Or, il arrive que le TCI ne possède pas un dossier exhaustif, avec notamment une synthèse du parcours de l'enfant, accompagnée des décisions antérieures, et qu'il ne puisse compter lors de l'audience, ni sur la présence d'un membre de l'équipe technique de la CDES, surtout pour les décisions d'orientation, ni sur la présence d'un représentant de l'Éducation nationale, ce qui fragilise la légitimité de ses décisions. Des remarques similaires peuvent être faites pour le fonctionnement du TCI en matière de recours d'adultes handicapés, et intéressant la COTOREP. Dans l'une des régions visitées par la mission, le TCI est parfois « itinérant » ; il siège au chef lieu de chaque département, dans des locaux mis à sa disposition, non par la justice mais par différentes institutions : mairie, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), CPAM. C'est une solution qui a le mérite incontestable de rapprocher la juridiction du plaignant, mais qui présente l'inconvénient de la précarité.

### **Les CDAS siègent rarement en formation complète**

La mission a pu constater que l'une des principales difficultés concerne ici la disponibilité réelle des juges. Dans le meilleur des cas, pour des raisons de stabilité, c'est un juge à la retraite qui assure la présidence, mais le plus souvent il s'agit d'un magistrat en activité, désigné par roulement par le tribunal. Dans une des régions visitées, six juges différents se sont ainsi succédés en 1999 pour présider la CDAS. La présence des élus (et de leurs suppléants) est parfois tout aussi épisodique, ce qui contrarie le fonctionnement de l'instance et nuit à la crédibilité des décisions. Le plus souvent les CDAS se composent de deux formations spécialisées : affaires liées au RMI et aux récupérations (notamment sur successions) et les contentieux ayant trait aux autres prestations d'aide sociale et à la CMU. L'organisation de cette juridiction se partage dans chaque département entre la DDASS et le conseil général : chaque institution instruit et rapporte devant la commission les affaires qui la concernent. C'est d'ailleurs souvent le même agent qui, dans chacun des services, effectue les deux tâches successivement. Or, il se trouve parfois avoir instruit la demande d'attribution de l'aide, cette situation étant logiquement mal perçue par l'utilisateur. En principe un commissaire du gouvernement doit siéger. Il est dans la plupart des cas absent. En règle générale la DDASS instruit les dossiers essentiellement à partir des fiches de synthèse qui ont été établies au moment de l'attribution de l'aide. Mais celles-ci ne comportant pas tous les détails, la DDASS est obligée de demander aux familles les justificatifs. Or les requérants estiment souvent que l'attribution de l'aide est un droit et que, par conséquent, ils n'ont pas à se justifier, ou que ces demandes relèvent d'une atteinte à leur vie privée. Cette réticence rallonge les délais d'instruction. Par ailleurs, certains litiges impliquent plusieurs collectivités publiques voire plusieurs départements, ce qui contribue aussi à accroître la durée de la procédure. Il arrive enfin que les commissions

d'admission, ou départementales, présentent des demandes injustifiées : ainsi des refus d'instruction de la demande ou ensuite leur recours, au motif que l'intervenant ne connaît pas l'adresse d'un membre de sa famille.

### **La CCAS est asphyxiée**

En principe le secrétariat général de la CCAS assure les tâches habituellement dévolues au greffe d'une cour d'appel. Ses missions sont l'enregistrement, l'instruction, l'enrôlement des affaires, la préparation des audiences, la notification des arrêts et la gestion des nominations des membres des formations de jugement et des collaborateurs de cette cour que sont les rapporteurs. En outre il est doté d'attributions spécifiques : participation aux travaux préparatoires et réglementaires, diffusion de la jurisprudence, conseils auprès des juridictions de première instance, échanges avec les organismes sociaux. Il s'y ajoute, de fait, une troisième mission le conseil des usagers. Ses attributions sont donc particulièrement lourdes. Or, jusqu'en juin 1995, la CCAS fonctionnait avec quatre sections et trois assesseurs, ce qui limitait considérablement le nombre de séances, notamment celles tenues en public. Certaines séances se déroulaient même en présence du seul président et du rapporteur. Actuellement la juridiction dispose de neuf sections et sous-sections, (chacune étant dotée d'un président), douze assesseurs et vingt-quatre rapporteurs. Le secrétariat (ou le greffe) est assuré par six personnes dont le secrétaire général. Un tel effectif est de nature à assurer normalement 1 000 recours par an. Or, il en assure actuellement 3 000 et cette charge devrait être portée à 5 000 pour résorber le retard accumulé. Les locaux de la CCAS sont indignes d'une juridiction de cette importance. Ils sont constitués de trois bureaux. En temps « normal », le couloir fait office de salle d'attente pour accueillir des requérants toujours plus nombreux (environ 500) : aujourd'hui, il sert provisoirement (il faut l'espérer) de « bureau » au secrétaire général. Les magistrats et les rapporteurs ne disposent d'aucune pièce (même collective) dans lequel ils pourraient s'installer pour la rédaction, la signature des décisions ou l'étude de certains dossiers. Ce dénuement est à comparer, par exemple, aux installations et aux effectifs de la CADA : un bureau par chargé de mission, un pour les deux secrétaires, un pour le président, un pour le rapporteur général.

### **La CNITAAT possède des moyens plus conséquents**

Par rapport à la CCAS, la CNITAAT, qui est située à Amiens, possède des moyens beaucoup plus conséquents. Outre son président, la CNITAAT comprend dix présidents de sections (dont quatre pour le régime agricole), seize membres (dont sept pour le régime agricole), soixante-deux assesseurs, vingt-trois médecins qualifiés, vingt-trois rapporteurs. L'organisation interne de la CNITAAT repose sur sept sections, chacune ayant à sa tête un juriste responsable : les sections « handicapés », « invalidité », « accident du travail »,

« inaptitude », « régimes spéciaux », « tarification », « agricoles » ainsi que le service des affaires générales. Le secrétaire général de la CNITAAT est secondé par un adjoint, un conseiller juridique et technique pour les sections médicales, un attaché de direction chargé de la gestion interne de l'institution. Au total quarante-deux personnes, non compris les membres de la commission elle-même et les rapporteurs, assurent le greffe. Parmi ces agents : des juristes, des greffiers, des secrétaires médico-sociales. À titre d'exemple, la section « handicapés » comprend deux juristes, trois greffiers principaux, quatre greffiers, cinq secrétaires médico-sociales. Ces services ont enregistré en 1999 près de 3 600 avis d'appel.

## Ces organes spécialisés n'offrent pas les garanties de véritables juridictions

Si les juridictions sociales ne possèdent ni les moyens, ni l'aura des autres tribunaux, offrent-elles au moins à l'utilisateur les garanties de vraies juridictions, c'est-à-dire l'assurance d'une justice rendue par des professionnels qualifiés et indépendants avec la certitude de décisions prises par référence au droit et à la jurisprudence ?

### Les juridictions de l'aide sociale présentent de sérieuses lacunes

Les instances de l'aide sociale tendent à fonctionner aux niveaux de l'appel et de la cassation, comme de véritables juridictions. Elles établissent, publient et appliquent une jurisprudence précise et relativement abondante. Mais, il n'en est pas de même des juridictions de première instance, les commissions départementales de l'aide sociale. Leur composition et leur fonctionnement les rapprochent en effet davantage de commissions administratives d'appel que de juridictions. De l'avis même des fonctionnaires qui y siègent comme rapporteurs et qui y voient réformées, ou plus souvent maintenues, des décisions qu'ils ont instruites, elles ne se démarquent pas vraiment de l'autorité politique qu'y représentent leurs membres. Pour illustrer cette confusion, on peut citer une demande d'inscription pour une formation émanant d'un fonctionnaire territorial rapporteur : « Depuis février 1996, j'occupais en tant qu'adjoint administratif principal deuxième classe, le poste de rapporteur du conseil général à la commission départementale d'aide sociale, au bureau du contentieux de la direction de la population âgée et des personnes handicapées du département de... Le stage au sein de la CCAS me permettrait de mieux appréhender l'importance de la rédaction de la notification et le processus de contestation suite à une décision tant de la CDAS que de la CCAS... ». On peut aussi indiquer que certaines caisses de sécurité sociale s'alarment des membres extérieurs aux organismes puissent juger de l'application de la loi CMU. De l'avis même des juges de la

commission centrale d'aide sociale, dans toutes les matières, beaucoup de décisions sont entachées d'erreurs de droit. Le barème départemental qui ne peut prévaloir sur le barème national, quand il est moins favorable, lui est cependant souvent préféré. Longtemps, les CDAS ont ainsi refusé le bénéfice de l'allocation compensatrice aux personnes âgées hébergées, jusqu'à ce que le législateur institue la prestation dépendance, récemment réformée. Les CDAS ne commencent que lentement à mener des actions de formation, sous l'impulsion d'ailleurs du secrétariat de la CCAS. Mais il faut noter que cette nouvelle mission s'effectue à moyens constants, si bien que le secrétariat général, déjà dénué de moyens, n'arrive plus à assumer, notamment, le travail de notification des décisions. De même, les CDAS ne publient qu'à de rares exceptions leurs décisions. Enfin, il ressort de l'enquête de l'Inspection générale que les commissions réitèrent, certaines à l'infini, pour de nouvelles espèces, des décisions pourtant réformées par la CCAS.

---

### **Les TCI ne sont pas de vraies juridictions**

En effet, depuis 1998, la Cour de justice européenne a estimé que ces organes ne présentent pas de garanties suffisantes d'indépendance. Or la loi du 18 janvier 1994, créant des tribunaux de l'incapacité présidés par des magistrats, n'est toujours pas entrée en vigueur. D'ailleurs les fonctionnaires des DRASS s'occupant des TCI sont opposés à cette réforme. Peu des quinze TCI ainsi interrogés par la DRASS de Bourgogne souhaitent une structure entièrement judiciaire, avec magistrat et greffe relevant du ministère de la Justice, ou une structure mixte, conservant le secrétariat aux DRASS. Il faut reconnaître que l'exemple des CDAS, dans lesquelles se sont parfois succédés six magistrats en un an, sans qu'aucun ne soit formé, ne plaide pas en faveur d'une intégration aux tribunaux judiciaires. En tout état de cause, une réforme des TCI s'impose, leurs décisions étant censurées systématiquement, quand elles sont portées devant la Cour de Cassation.

---

### **Les TASS correspondent davantage au droit commun**

On peut cependant regretter que dans nombre de cas, leur présidence soit considérée comme une obligation peu attractive, réservée soit à un magistrat honoraire, soit au dernier magistrat nommé au tribunal d'instance, peu ou mal formé. On constate d'ailleurs que dans la brochure consacrée à la formation initiale des magistrats, éditée par l'École nationale de la magistrature, ne figure pas de référence au tribunal des affaires de sécurité sociale (pas plus d'ailleurs que celui de commission départementale d'aide sociale, instance pourtant présidée par un magistrat), alors qu'y sont mentionnés les conseils de prud'hommes. Dans le programme de formation continue 2000, seuls deux modules sont consacrés au droit de la sécurité sociale : l'un organisé par le Centre national d'études supérieures de la sécurité sociale consacré aux « Enjeux sociaux et financiers de

la sécurité sociale », qui sur trois jours propose une présentation des structures et du fonctionnement de la sécurité sociale, à destination de vingt participants, plus particulièrement des présidents de TASS ; l'autre, intitulé « Le tribunal des affaires de sécurité sociale », qui fait le point sur l'actualité législative et la jurisprudence sur les questions relatives au contentieux de la sécurité sociale en deux jours, à destination de trente participants, des présidents de TASS et des conseillers de chambre sociale<sup>43</sup>.

Le peu d'intérêt des études de doctrine pour le droit social, hormis le droit du travail peut d'ailleurs expliquer cette relative carence. Il faut noter que l'enseignement du droit social, c'est-à-dire du droit de la protection sociale (sécurité sociale, protection complémentaire, droit de l'indemnisation du chômage, aide sociale) et du droit du travail (y compris la politique de l'emploi) ne constitue pas une spécialité, mais se trouve le plus souvent intégré dans le droit privé. Le caractère échevinal de ces tribunaux composés de représentants des salariés et des employeurs renforce sans doute le peu d'empressement que leur témoignent les magistrats professionnels. Il en est de même d'ailleurs pour la CCAS, dont nombre de conseillers d'État et d'auditeurs boudent les tâches de rapporteurs. Pourtant, le caractère échevinal de ces juridictions, constitue un contre-poids à une vision trop abstraite de problèmes traités par ces institutions. Quoiqu'il en soit, il semble que les représentants des salariés, notamment, ont le sentiment d'y représenter plus l'organisme de sécurité sociale que l'assuré ; quand un représentant salariés accède à un mandat d'administrateur de caisse, il abandonne d'ailleurs son poste d'assesseur de TASS. Enfin, les organisations syndicales n'organisent pas d'information et d'aide particulières aux assurés, en matière de recours.

## Le juge social manque d'influence

### Les moyens du juge pour obliger l'administration à appliquer ses jugements ne sont pas assez employés

Un juge n'est un recours pour l'administré que si l'administration est contrainte d'appliquer ses décisions. Or tel n'est pas toujours le cas.

#### ▪ *Le juge de l'aide sociale, juge en plein contentieux*

Le recours de plein contentieux contre une décision administrative ouvre la possibilité pour le juge, non seulement d'annuler la décision jugée illégale, mais de reprendre une décision légale. C'est ce que fait la CCAS quand elle dispose au dossier, des informations suffisantes pour agir. Sinon, elle est contrainte de

<sup>43</sup> Rien n'est prévu pour la formation des assesseurs de TASS, rien non plus pour la formation des magistrats appelés à présider les CDAS, or le droit de l'aide sociale est lui aussi spécifique.

renvoyer le plaignant devant le président du conseil général, pour que celui-ci prenne une décision juridiquement correcte.

▪ **La condition d'effectivité retarde la mise en œuvre des décisions légales**

Plus grave est l'impossibilité légale, pour certaines décisions, d'exécuter réellement la décision : il en est ainsi des prestations en nature comme la prestation dépendance, mais aussi de certaines prises en charge en maladie, pour lesquelles les organismes de sécurité sociale refusent l'entente préalable. Ainsi, une personne âgée, faute d'être assurée de recevoir la prestation dépendance n'aura pas recouru à une tierce personne : dès lors, la prestation ne lui sera pas accordée. Nombre de collectivités ont utilisé cette voie, en multipliant les refus, dont pourtant la motivation a été jugée, sur une espèce identique, illégale.

---

**En matière d'aide sociale et de sécurité sociale,  
les administrations n'appliquent pas toujours la jurisprudence**

Le contentieux de l'aide sociale est embolisé par quelques départements dans lesquels les commissions d'admission et les commissions départementales, pourtant juridictions de recours, réitèrent des erreurs de droit déjà relevées par le juge : il en a été ainsi longtemps du refus d'attribution de l'allocation compensatrice aux personnes hébergées en établissement ou de la prise en compte du capital (et non des seuls revenus) pour l'admission à l'aide sociale. Dans la section des handicapés et domiciles de secours de la CCAS, 95 % des recours aboutissent ainsi à une annulation pour ces motifs. Dans l'ensemble, sur vingt-cinq recours jugés dans une séance ordinaire de la CCAS, la mission a constaté : que deux ont abouti à débouter les plaignants (qui faisaient recours sur une récupération sur donation ou succession), qu'un avait trait à une question non encore traitée par la jurisprudence et que les vingt-deux autres n'ont requis que l'application d'une jurisprudence déjà bien établie.

Ces difficultés ne sont pas l'apanage de l'aide sociale. Ainsi la circulaire de 1994, précitée, de la CNAF donne divers conseils aux organismes en matière de contentieux, notamment celui de la saisir en cas de litige « à portée nationale », non pas pour être informée sur la position de la Cour de Cassation, mais plutôt, semble-t-il, en vue de se défendre par avance de positions qui iraient contre les intérêts de l'organisme. La CNAF analyse dans cette circulaire la jurisprudence de la Cour de Cassation et se propose de fournir aux organismes « *des moyens de défense qui, à défaut d'être inattaquables juridiquement, n'en sont pas moins sérieux* ». On peut se demander si cette attitude peu respectueuse du droit ressort bien à la fonction d'organismes sociaux. À cet égard, l'autorité de tutelle ne saurait s'abstenir dans une telle situation.

## Certaines pratiques tentent de dissuader l'utilisateur d'introduire un recours

Par exemple la commission de recours amiable de la CAF des Bouches-du-Rhône a rejeté une demande de remise de dette d'une allocataire (pour indu d'allocation de parent isolé et d'allocation de soutien familial), au motif que sa vie maritale, était prouvée. La décision de rejet précise que l'allocataire n'avait plus droit à l'API et à l'ASF, à partir du moment où son compagnon, percevant le RMI, était sorti de prison. Les voies de recours contre cette décision de rejet sont certes notifiées, l'adresse du TASS indiquée, mais cette indication est suivie d'une formule pour le moins dissuasive, ainsi rédigée : « *Important : En cas de recours jugé dilatoire ou abusif, le demandeur qui succombe peut être condamné au règlement des frais de procédure et au paiement d'une amende au taux prévu par l'article 559 du nouveau Code de procédure civile. (article 144-6 du Code de la sécurité sociale)* ».

Les TASS mentionnent également, en cas d'appel, l'existence de pénalités pour recours abusif, mais uniquement au verso de leur accusé de réception. Les TCI quant à eux le mentionnent toujours, quand ils enregistrent un appel, et ceci, sans ambiguïté, afin de désengorger la CNITAAT. Cette dernière se prévaut en effet d'un faible taux de réforme des TCI (10 % de jugements des TCI vont en appel et 20 % d'entre eux sont réformés) et de l'existence du barème d'incapacité, pour justifier qu'elle dissuade les plaignants de faire appel.

## Ni l'administration, ni le législateur ne tirent les leçons du contentieux

Aucun service du ministère chargé de la sécurité sociale et de l'action sociale n'est en charge de l'activité contentieuse, au stade des appels et de la cassation. De ce fait, l'exploitation juridique de la jurisprudence apparaît, au mieux, occasionnelle. Le Parlement ne suit pas plus particulièrement l'activité des juges « sociaux ». Par contraste, la récente loi du 12 avril 2000 sur la transparence administrative a consacré plusieurs constructions jurisprudentielles de la commission d'accès aux documents administratifs et du Conseil d'État. Le travail effectué par les juges sociaux, fait rarement l'objet d'une telle reconnaissance hormis quelques rapports du Conseil d'État, notamment celui relatif à l'obligation alimentaire. En général, le désintérêt des professeurs, des étudiants, des administrateurs, voire des magistrats, pour le droit de la sécurité sociale et de l'aide sociale, reste une tendance majoritaire. Cette situation est d'autant plus préoccupante que les situations sociales, deviennent sans cesse plus complexes. En effet, les usagers de la sécurité sociale et de l'aide sociale sont souvent les plus exposés en termes de ressources, de famille, de travail. Ce sont aussi eux qui relèvent de configurations familiales atypiques, de carrières en dents de scie, d'ouvertures de droits sujettes à révisions fréquentes. Ces usagers sont difficilement « traitables » dans la chaîne de production des organismes : tant le droit

que la gestion informatisée des prestations sociales tendent à proposer des cadres universels, relativement rigides, par construction. Entre une vie sociale, qui pour certains est de plus en plus fragmentée et précaire et une gestion des prestations, qui se veut de plus en plus productive, la nécessité de l'ajustement et du contrôle, est plus que jamais impérieuse. Le juge, dont c'est la fonction naturelle, n'est encore que dans de trop rares cas en position de l'assumer, dans le champ social.

## Conclusion

Du constat dressé par l'inspection des difficultés d'application du droit social et des dysfonctionnements dans la prise en charge des usagers, il faut sans doute retenir deux messages. La complexité ne pourra pas être supprimée, c'est celle de la vie sociale et souvent le droit social ne fait que tenter de s'y ajuster. Mais c'est à l'administration de supporter cette complexité et non pas à l'utilisateur. D'autre part, les systèmes sociaux ne pourront être réactifs que s'ils sont conçus pour l'être. Ceci est particulièrement important en matière de systèmes d'informations. L'IGAS a peu traité dans ce rapport le problème de l'impact des nouvelles technologies d'information et de communication. En effet dresser un constat de leur impact sur la logique gestionnaire et partant des conséquences de leur implantation sur la prise en charge des usagers aurait nécessité un travail spécifique. Néanmoins ce qui résulte des constats effectués, c'est que comme tout autre élément de gestion et d'organisation, les systèmes de gestion informatiques doivent être évalués ainsi et sans doute d'abord à l'aune des effets sur les usagers.

Troisième partie

# Se mettre au service du public

L'expansion continue de l'offre de services en nature et en espèces, élève les contraintes de service et, dès lors, les risques de dysfonctionnement. La plupart des professionnels de la santé, de l'administration du travail et de l'emploi, de la sécurité sociale, de l'action et de l'aide sociale tentent ainsi, dans des conjonctures souvent difficiles, d'aider au mieux les usagers. De fait, ces risques sont surmontés, on l'a vu, quand est enclenchée une démarche qui place l'usager au centre du dispositif, dans sa singularité. Bien entendu, les indicateurs de réussite sont relativement difficiles à concevoir, qui permettraient de déterminer si les choix sont pertinents. Les récentes démarches d'accréditation ou de certification décrites dans le cadre de ce rapport ont commencé à porter des fruits. Considérer l'usager comme s'il était un client, dont la satisfaction doit avoir des effets essentiels sur l'existence de l'organisme, comme un citoyen, c'est-à-dire comme une personne à qui il appartient d'influer sur l'organisation des services collectifs et l'exercice de la solidarité : cette approche tend à se développer, encore timidement. A l'inverse, les services publics sociaux qui ne se préoccupent pas de la qualité de leurs résultats ou qui n'entendent pas les réclamations ne sont manifestement plus à leur place dans la France de 2001. En effet, les droits sociaux n'existent pas s'ils ne peuvent pas s'exercer. Il ne suffit pas de créer de nouvelles prestations, de nouveaux services, si l'on ne se préoccupe pas de les rendre effectifs. C'est pourquoi, il est nécessaire d'évaluer, de manière continue, la mise en œuvre des lois sociales et leur articulation. Au-delà, le fonctionnement et la gestion des procédures devront aussi être analysés à l'aune de cette exigence de qualité. Or, le système social souffre, à l'évidence, de sa parcellisation croissante. La spécialisation des organismes, des systèmes d'aide, la partition entre solidarité nationale et solidarité locale, entre sécurité sociale et mutuelles, entre assurance maladie et aide sociale, entre médecins et travailleurs sociaux, sont trop souvent génératrices d'effets pervers. Une partie non négligeable de l'énergie, tant des professionnels du secteur sanitaire et social que des gestionnaires des organismes et de leurs tutelles, est consacrée à ce que l'on pourrait nommer un jeu de défausse. Les enjeux financiers en sont les plus visibles, mais il n'est pas rare que les usagers en soient les principales victimes. Est-il important de savoir, pour le prendre en charge, si un malade SDF est déprimé parce qu'il est à la rue ou s'il est à la rue parce qu'il est déprimé ? L'adolescent qui est en échec scolaire est-il agressif du fait de cet échec ou rétif aux apprentissages en raison d'une rébellion ? La recherche des causes de la pauvreté, du mal être psychologique, social, du chômage, de l'isolement voire des conduites d'échec ne peut ainsi tenir lieu de politique de solidarité. C'est au service public de prendre en charge les usagers tels qu'ils sont et non d'attendre des usagers tels qu'ils devraient être. Il ressort des travaux de l'IGAS qu'une grande part des dysfonctionnements des services publics dans le secteur social sont imputables à une absence de vision d'ensemble et à un déni des besoins des usagers, notamment ceux réputés les plus « difficiles ».

Les propositions qui suivent sont donc axées autour de considérations d'ordre stratégique. Cette réflexion explore comment en termes de connaissance, d'organisation, d'élaboration des normes et d'exercice des droits, on peut mettre l'utilisateur au centre du dispositif. Ces objectifs sont illustrés par des propositions issues des différents rapports thématiques qui servent de support à la présente enquête.

## Chapitre 1

# Connaître les usagers tels qu'ils sont

**L'**IGAS a donc tenté de fonder ses analyses dans la mesure du possible, à partir du regard de l'utilisateur sur les institutions plutôt que de développer une vue « surplombante » sur les institutions et les usagers.

## Privilégier la connaissance empirique

On a vu se multiplier durant les dernières années différents dispositifs d'observation. Ce type de connaissance est utile. Il ne semble pas à l'IGAS qu'il faille les développer de manière exhaustive et systématique. En effet, les administrations, les centres de recherches, la communauté scientifique, les instituts de statistiques, disposent déjà de connaissances nombreuses et diversifiées dans ce domaine, dont le défaut est sans doute un manque d'utilisation par les services ; il est nécessaire de privilégier une connaissance empirique, de saisir la demande et de développer des politiques de détection des droits.

## Recueillir des données utiles et pensées

L'information, notamment statistique, sur les phénomènes sociaux est particulièrement développée en France : on compte, les naissances et les décès, les malades et les bien portants, les entrées à l'hôpital et les sorties etc. Or, il n'est pas rare que cette profusion de données masque une certaine « quête de sens » : quels chiffres retenir quand on veut estimer le coût d'une mesure, quantifier un phénomène, choisir des priorités dans l'affectation des fonds publics ? Formuler une hypothèse ou comprendre un phénomène est impossible si le recueil de données n'a pas été élaboré de manière réfléchie pour un usage déterminé.

C'est pourquoi, l'Inspection générale propose que les administrations et les organismes locaux soient associés à l'élaboration de ces outils et surtout que les professionnels, les administrations et les usagers (par leurs syndicats, leurs associations etc.) puissent délimiter ensemble des problématiques de connaissance, pour lesquelles sera choisie, ensuite une méthode d'enquête adaptée. Ainsi en

va-t-il du problème de l'hospitalisation sans consentement. Il est acquis que les hospitalisations de malades psychiatriques sous contrainte augmentent. Cette affirmation est fondée sur les seuls éléments connus, c'est-à-dire les entrées en hôpital psychiatrique, qui sont ventilées en hospitalisation libre, hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office. Mais, on remarque que la durée moyenne d'hospitalisation a diminué, même pour les personnes hospitalisées sous contrainte (sauf celles hospitalisées d'office à la suite d'un non-lieu judiciaire pour crime ou délit commis, alors que leurs capacités de discernement étaient abolies) ; en outre, il semble que le nombre d'hospitalisations récurrentes augmente. On ne peut donc en déduire si le nombre de malades hospitalisés sous contrainte a augmenté ou si ce sont les mêmes malades qui entrent et sortent de l'hôpital. En l'occurrence, la véritable question est ici celle de la place thérapeutique de l'hospitalisation sous contrainte. Des recherches cliniques et des conférences de consensus sont nécessaires pour affiner ces références. D'autre part, il faudrait effectuer des enquêtes approfondies sur des secteurs pour isoler dans les pratiques soignantes celles qui rendent plus difficile le consentement des malades psychiatriques à l'hospitalisation et également aux alternatives à l'hospitalisation. Tant que des hypothèses cliniques n'auront pas été approfondies, il sera vain de lancer même une enquête épidémiologique autre que descriptive, qui risquerait de traiter de facteurs psychiatriques, sociaux, culturels et économiques sur le même plan et sans que l'ensemble soit articulé de manière assez cohérente dans une perspective de santé publique. L'IGAS propose donc de mieux articuler les études et les recherches avec la conception administrative des dispositifs. Le recueil de données doit être qualitatif et quantitatif et correspondre à une problématique de politique publique.

## Sortir de la logique de l'offre

**Dans les institutions sociales, une « logique de l'offre » imparfaitement adaptée à la diversité de la demande a été développée**

Chaque organisation, publique ou privée, a tendance à appréhender l'accomplissement de ses missions à partir de l'utilisation des outils qu'elle peut maîtriser le mieux. Historiquement, la culture de la production a bien souvent précédé la culture de service. Les rapports annuels d'activité sont souvent les reflets de cette approche : ils décrivent davantage les actions menées, essentiellement en termes de production quantitative, qu'ils n'analysent l'impact de ces actions par rapport à des objectifs stratégiques, c'est-à-dire les progrès ou les reculs au regard de la satisfaction des besoins des utilisateurs. En d'autres termes, la démarche va plus volontiers à la construction en amont d'un catalogue ou d'une gamme de services offerts à l'utilisateur, qu'à la réflexion préalable sur le contenu de la demande, débouchant sur l'élaboration des instruments les plus pertinents pour y répondre. De nombreux avatars, survenus notamment dans le

domaine de l'informatique, ont illustré, de façon parfois caricaturale, ce travers de la primauté de l'offre.

Les institutions du régime d'assurance chômage, comme celles de l'assurance maladie, ont été d'autant plus imprégnées de cette « logique de l'offre », qu'elles exercent un monopole et sont naturellement moins sensibles à la pression de la demande que des entreprises du secteur concurrentiel. La conception traditionnelle, qui voyait d'abord dans l'usager un « assujéti » à des obligations et à des règles procédurales, s'est affaiblie mais n'a pas disparu. L'approche consumériste, qui fait de l'usager un « client » à satisfaire, s'est affirmée dans la dernière décennie. Elle rencontre néanmoins des limites : en premier lieu, elle soulève des réticences chez beaucoup de praticiens, qui se refusent à assimiler un organisme chargé de missions de service public à une simple entreprise prestataire de services ; ensuite, les instruments qu'elle met en œuvre, en particulier les enquêtes d'opinion, ne sont pas toujours adaptés à tous les usagers. C'est pourquoi, aux yeux de l'inspection, la « démarche qualité » sur les services classiques de l'accueil et de l'information de l'usager, ainsi que du traitement administratif et financier de son dossier, pour indispensable qu'elle soit, ne saurait répondre totalement à la problématique de l'accès aux droits des personnes. Poser en principe que la mission d'une institution sociale n'est pas achevée tant qu'un usager virtuel n'accède pas réellement à ses droits, c'est s'obliger à réfléchir sur le caractère non homogène des publics, et donc imaginer des traitements différenciés.

### **Agir auprès des trois cercles d'usagers : les « clients », les « publics cibles », les « personnes très marginalisées »**

Équilibrer la « logique de l'offre » par des éléments relevant d'une « logique de la demande » ne peut pas s'obtenir seulement, dans ce type d'institutions, par un aménagement des techniques de « marketing » et des adaptations de type commercial. Certaines populations, pénalisées par divers handicaps, ne peuvent espérer accéder à ce statut de « client » sans l'aide et l'accompagnement d'institutions relais, qu'il appartient notamment aux ASSEDIC et aux caisses de mobiliser, dans le cadre de relations partenariales. D'autres publics, non répertoriés par les divers réseaux, sont même encore plus éloignés d'un traitement de droit commun et constituent un sous-ensemble d'usagers, non seulement potentiels, mais inconnus et donc inexistantes, en dépit des droits qui pourraient leur être juridiquement reconnus.

Le champ des usagers peut être caractérisé par trois « cercles » d'importance quantitativement très inégale :

- Les « clients » : il s'agit du groupe le plus nombreux, où figurent les usagers cotisants, sans autre problème particulier qu'un état temporaire de maladie ou de chômage, aptes à s'adapter au langage institutionnel ; leur demande porte effectivement sur des améliorations de performance, en termes no-

- tamment de rapidité de traitement, mais aussi de simplification de procédures. La « démarche qualité » sur les services de base est assimilable, pour ce cercle de « clients », à celle conduite par une entreprise privée ; elle répond à l'attente du consommateur, exigeant une sorte de niveau minimum garanti de qualité de la prestation. Cette exigence sera parfois d'autant plus forte que le « client » aura moins souvent recours, « physiquement », aux services de l'institution : il tolérera, par exemple, très difficilement l'attente au guichet, si elle excède quelques minutes, il utilisera assez largement les nouvelles technologies, notamment les services en ligne ;
- les « publics cibles » : il s'agit de populations moins nombreuses, qui éprouvent des difficultés particulières mais peuvent entrer dans des catégories identifiées, ce qui rend chiffrable leur nombre et gérable le traitement de leurs problèmes : par exemple, allocataires du RMI, jeunes en difficulté, personnes handicapées, demandeurs d'asile... Ces personnes bénéficient souvent d'un accompagnement social, assuré soit par des institutions généralistes, de type CCAS, soit par des organismes ou associations spécialisées. L'accès aux droits dispensés par les ASSEDIC ou les CPAM peut en être grandement facilité, à condition que les institutions aient organisé les relations partenariales nécessaires avec ces entités relais. La conjugaison de leur action visera à sortir la personne de l'assistanat et à favoriser, en même temps que le bénéfice réel des prestations possibles, son appropriation des dispositifs et sa capacité à accéder de façon autonome au travail et aux soins, qui le rapprocheront du statut de « client » ;
  - enfin, « les personnes très marginalisées » : la mission désigne ainsi les personnes qui, pour des raisons diverses, ne fréquentent pas spontanément les guichets de l'assurance chômage ou de l'assurance maladie, mais ne sont pas catalogués pour autant parmi les « publics cibles » correspondant à des groupes relativement homogènes, bénéficiant de formes d'aides spécifiques et suivis en tant que tels par des organismes, des associations caritatives et/ou des travailleurs sociaux.

### **Passer du service attendu au service dû**

Par définition, il est extrêmement difficile de mesurer l'importance quantitative de ce « troisième cercle », ou de dessiner le profil type de ses composantes. Les personnes très marginalisées n'accèdent pas aux droits juridiques, et encore moins aux droits réels à l'emploi et aux soins, pour des raisons qui peuvent être permanentes ou passagères : jeunes adultes en rupture familiale, chômeurs de très longue durée désocialisés, personnes très isolées en milieu urbain ou rural, illettrés, étrangers sans papier non assistés par leur communauté ou par une association spécialisée... Certains se trouvent dans cette marginalité, parce que leur trajectoire les a conduits à rejeter les formes habituelles de la vie en société ; d'autres, par pudeur et dignité, renoncent à demander de l'aide ; dont beaucoup, sans doute, par défaut d'information et de médiation adaptées à leur situation.

La totalité des ASSEDIC et des CPAM ont entrepris d'améliorer les services de droit commun destinés à leurs usagers « clients ». Toutes ont recours à minima, pour connaître les attentes de ces usagers, à des sondages et enquêtes de satisfaction périodiques ; certaines directions semblent se contenter de quelques taux de satisfaction flatteurs (plus de 80 % de satisfaits sur tel item, par exemple) ; les plus lucides réfléchissent plutôt, pour y remédier, sur les coefficients d'insatisfaction résiduels, parfois très significatifs et difficilement tolérables, sur les écarts de performances entre unités locales, et sur d'autres formes plus ouvertes de recueil des attentes des usagers. Les CPAM sont généralement attentives aux difficultés d'accès aux droits des « publics cibles » et entretiennent des relations, plus ou moins étroites selon les sites, avec les institutions relais. La mise en œuvre de la loi contre les exclusions et de la CMU a accéléré le mouvement, même si cette dernière s'est accompagnée d'un désengagement important des CCAS. Les ASSEDIC participent beaucoup moins aux divers réseaux, hormis leur coopération rapprochée avec les ALE ; en revanche, elles ont leurs propres « publics cibles », relevant de règlements particuliers de l'assurance chômage, tels que les frontaliers, les travailleurs saisonniers et surtout les intermittents du spectacle, qui sont d'ailleurs plutôt des « clients » particulièrement organisés, avertis de leurs droits et volontiers exigeants sur la qualité du service.

Enfin, la première réaction de la plupart des responsables rencontrés a été de relativiser voire contester l'existence d'un troisième cercle de « personnes très marginalisées », ou, à tout le moins, de considérer qu'il s'agit d'un effectif infinitésimal. Cette attitude, toutefois plus nuancée dans les CPAM que dans les ASSEDIC, va de pair avec une absence de réponse institutionnelle dans ce domaine. Sur ce dernier point, on pourrait douter de l'existence, autre que théorique, de ces usagers virtuels, silencieux et inconnus, si elle ne se manifestait pas, en creux, lorsqu'un dispositif se constitue pour les détecter. L'exemple très illustratif déjà mentionné du service commun CAF-CPAM « APEL » dans le Cher témoigne dans ce sens, puisque, en quelques mois, le réseau a réintégré dans les circuits plusieurs personnes marginalisées et non répertoriées dans les différentes instances. Les interrogations sur l'écart entre bénéficiaires attendus et constatés de la CMU de base renforcent le sentiment que ce troisième cercle ne relève pas d'une hypothèse d'école. La difficulté, pour les institutions étudiées dans le présent rapport, consiste à les situer par rapport à leurs missions et à leurs compétences propres.

Tout en saluant l'évolution qui conduit, heureusement, du service rendu au service attendu, l'IGAS considère qu'il faut encore aller plus loin dans l'approche de l'utilisateur. Les développements qui précèdent ont tendu à montrer que le « service attendu » constituait le reflet des besoins exprimés essentiellement par le premier cercle des « usagers clients ». Les attentes des publics moins intégrés, appartenant à des « publics cibles » ou très marginalisés, passent difficilement par ces canaux de type commercial. À défaut d'une expression formalisée par des réponses à des questionnaires, elles renvoient à une applica-

tion complète à leur profit des droits reconnus par les textes, c'est-à-dire à un « service dû ». Les lois récentes relatives à la lutte contre les exclusions et à la mise en place de la CMU invitent les institutions à œuvrer pour que la totalité des usagers, y compris ceux qui sont mal connus des organismes, puissent accéder réellement aux droits sociaux et à la couverture maladie universelle. Dans l'esprit des rapporteurs, elles resituent la relation à l'utilisateur dans un cadre d'obligation de service à toute personne éligible à ces droits, notamment sous l'angle de la prospection volontariste des droits potentiellement attachés à leurs conditions légales d'attribution. En d'autres termes, le travail des institutions consiste, non seulement à améliorer la qualité du service à l'utilisateur client, en prenant en compte davantage ses attentes exprimées, mais englobe aussi l'exigence d'un repérage aussi complet que possible, avec le concours d'autres intervenants partenaires, des droits des autres catégories d'utilisateurs, juridiquement fondés mais non connus ou reconnus, à raison de leurs difficultés particulières à s'exprimer et à se faire entendre.

## **Atteindre tous les usagers, même les plus silencieux**

### **Mieux repérer les usagers subissant en retraite des pertes de droits totale ou partielle**

Si, comme cela a été indiqué, le risque de perte de ses droits à pension en régime de retraite ou en régime complémentaire semble avoir nettement diminué, les préconisations formulées par l'IGAS dans le rapport 1981-1982, visant à ce que les régimes recensent et analysent la situation des comptes non liquidés d'assurés âgés, et s'informent mutuellement des dossiers, au moment du dépôt de la demande de pension entre régime général et régime complémentaire, n'ont pas été mises en œuvre : pourtant, les caisses (ARRCO-AGIRC) disposent de fichiers de leurs participants, le régime général de fichiers centralisés des carrières. Les travaux - non exhaustifs, menés par la mission avec le Centre informatique national de la CNAV - sur les comptes non liquidés, ou liquidés tardivement, éclairent des dysfonctionnements persistants : perte de droits prévus par la législation (reports Assurance vieillesse des parents au foyer), problème des résidents à l'étranger etc. Une connaissance plus fine pourrait permettre des actions correctrices mieux ciblées, par une segmentation des populations (modalités d'information de certaines catégories...).

L'exploitation des fichiers pourrait être complétée par des travaux plus qualitatifs : par exemple, interrogation de l'assuré déposant tardivement sa demande pour comprendre les raisons de ce dépôt tardif.

L'une des raisons en est sans doute, comme le montrent les deux exemples suivants, (régime général et ARRCO), l'oubli des droits acquis, quand la période

de travail est ancienne et de courte durée :

- « Mme X, 93 ans, téléphone à l'agence de la rue d'Astorg le 25 mai 2000 pour se renseigner sur sa pension de réversion : son mari est décédé en avril. L'agence effectue une recherche - démarche aujourd'hui systématique - auprès du CIN de Tours sur le nom, la date de naissance et le NIR de Mme X. C'est son NIR, que Mme X, connaît heureusement, qui va permettre son identification. Cette recherche permet de constater que Mme X a, outre son droit à pension de réversion, également un droit personnel, dont elle n'avait jamais demandé à bénéficier. En effet, elle avait oublié qu'elle avait travaillé 3 trimestres en 1963. La découverte, avec 28 ans de retard, du droit personnel a au moins eu un avantage : si Mme X avait demandé la liquidation de ce droit à 65 ans, elle n'aurait comptabilisé alors que dix-neuf trimestres (trois au titre de son emploi salarié de 1963, seize au titre de ses deux enfants). En faisant liquider sa pension personnelle à 93 ans, elle comptabilise au total soixante-douze trimestres, en raison des majorations pour demande déposée après 65 ans. Sa pension personnelle s'élève à 1 500 francs par mois, à partir du 1<sup>er</sup> juin 2000. »

- « Le 1<sup>er</sup> septembre 1988, à 60 ans, Mme Y est mise à la retraite suite à une invalidité (CRAM Nord-Picardie). Elle ne formule pas de demande de retraite complémentaire, croyant que la CRAM s'en occupe. En 1998, son mari prend sa retraite à son tour. Comparant leurs pensions respectives, Mme Y s'étonne – sa pension est de 2 600 F par mois, celle de son mari est de 4 600 F – et écrit à la CRAM pour demander combien elle touche pour la retraite complémentaire. Le lendemain, elle reçoit un appel de la CRAM lui conseillant de formuler sa demande auprès du CICAS de Laon, ce qu'elle fait le 5 août 1999 par téléphone. Elle attend quelques mois pour toucher cette retraite complémentaire de l'ISICA ; la date d'effet est fixée au 1<sup>er</sup> septembre 1999. Mme Y touche désormais 2 554 F de retraite complémentaire par trimestre. Au total, avec la retraite du RG, Mme Y reçoit 3 451 F de retraite mensuelle. Elle a perdu exactement onze ans de retraite complémentaire. »

Or, ces cas sont pas isolés. Les dossiers qui parviennent au stade du pré-contentieux, du contentieux ou qui sont adressés au médiateur en rendent compte, même s'ils ne constituent qu'une part - non évaluée - de l'ensemble des demandes tardives. Il faut donc d'abord s'assurer de ce que les personnes soient informées des droits qu'elles ont acquis, avant d'avoir à les faire valoir. Malgré l'envoi du relevé de carrière - en principe systématique -, le régime général ne remplit pas complètement les obligations légales en matière d'information individuelle. Cet envoi, réalisé entre 55 et 59 ans, ne permet pas de contacter tous les assurés, pour des raisons pratiques (problèmes d'adresses, d'identification). Une part, certes non mesurée, mais sans doute non négligeable, d'assurés n'a jamais reçu, avant 59 ans, de documents émanant du régime général les informant de l'existence d'un droit. L'opération nationale engagée par la CNAV à destination des jeunes assurés de moins de 32 ans ayant eu quatre trimestres de report s'inscrit d'ailleurs dans la perspective d'une information plus systématique.

sée et en amont. La mission estime cependant que cette action devrait être élargie et, pour satisfaire l'obligation légale, concerner tout assuré dès le premier report d'un trimestre à son compte (cf. le « certificat d'affiliation » de l'AGIRC). Astreint à une obligation de résultats, le régime général doit poursuivre ses recherches tant que l'assuré n'a pas réceptionné l'information. Si les caisses complémentaires visitées par la mission procèdent à l'envoi systématique du relevé annuel de points - depuis peu pour les ouvriers de moins de 55 ans à PRO-BTP -, il apparaîtrait souhaitable que les fédérations s'assurent non seulement des moyens mis en œuvre mais aussi des résultats obtenus.

### **Réparer le préjudice subi par l'assuré lésé par une faute de l'organisme de retraite**

La faute d'une CRAM (notamment le défaut d'information) peut faire l'objet d'une action en réparation auprès d'une juridiction civile ; cette procédure est longue, peu connue des assurés et peu utilisée. Le constat n'est donc pas très satisfaisant du point de vue de l'utilisateur, ce d'autant plus que les objectifs affichés de qualité de service ne font actuellement l'objet d'aucune sanction, si ce n'est, éventuellement, en interne (reports de crédits). Il faudrait que soit mise en place une procédure plus légère et systématique, dès lors que la caisse n'a pas rempli ses obligations ou engagements, prévoyant une actualisation des allocations versées avec retard - à l'instar de ce qui est prévu dans les régimes complémentaires - ou le versement d'intérêts moratoires, et, le cas échéant (demande tardive imputable au défaut d'information), d'un assouplissement de la réglementation relative à la rétroactivité.

### **Faciliter certaines démarches en élargissant la gamme des services internet**

L'utilisateur se préoccupe de plus en plus tôt de ses droits à pension ; durant son activité, il n'a guère le temps d'entreprendre des démarches pour s'informer. Or, de plus en plus d'utilisateurs sont en mesure d'utiliser Internet pour accéder à une information personnalisée. Les sites actuels, sauf exception, proposent seulement une information pratique générale (adresses des points d'accueil...). Nombre d'informations personnalisées pourraient être proposées - sous réserve évidemment d'une sécurisation des transactions : demande de relevé de compte et, mieux, consultation directe, estimation automatisée du montant de la retraite, accès à des bases de données sur la réglementation... L'usage des NTIC ne doit pas être conçu comme concurrent des stratégies développées en matière d'accueil physique - politique de proximité - mais comme un outil complémentaire bien adapté à certains publics et dont l'usage est évidemment appelé à se développer (résidents à l'étranger, personnes peu disponibles pendant les horaires d'ouverture des points d'accueil...).

## Écouter les usagers

Certes, on l'a vu, l'une des principales difficultés d'un système social complexe est qu'il n'arrive plus à toucher tous les usagers potentiels, notamment ceux qui sont dans une situation si difficile de socialisation (ou d'exclusion du lien social) qu'ils ne savent pas se faire connaître. Ces usagers ne sont pourtant pas toujours silencieux. Ils se plaignent, mais souvent à mauvais escient. La plainte de l'utilisateur revêt souvent une double dimension : une revendication sur des droits qu'il suppose, parfois à tort et une demande de service plus personnalisé, mieux adapté à ses problèmes.

### Exploiter les plaintes comme indicateurs de dysfonctionnements

L'un des moyens d'évaluer le fonctionnement des services du point de vue des usagers est d'analyser leurs plaintes et réclamations. L'enquête sur le passage à la retraite a relevé la rareté des travaux et la pauvreté des documents d'analyse sur l'utilisation des plaintes et des actions contentieuses. Pourtant, les plaintes - quelle que soit leur forme (téléphonique, écrite...) sont un outil irremplaçable de repérage des dysfonctionnements en matière de réglementation, de coordination entre institutions, de délais internes de traitement. Les conseils d'administration devraient d'ailleurs être davantage informés sur ce point et appelés à se prononcer de façon formalisée sur les suites données par les services.

### Exploiter les plaintes pour programmer les contrôles de l'inspection du travail

Les plaintes constituent aussi un indicateur du niveau d'application du droit du travail et de l'évolution des pratiques de gestion des entreprises. À ce titre, leur capitalisation en vue de dégager quelques orientations pour l'action collective des services, présente un intérêt tout à fait évident. Spontanément, certains agents de contrôle ont tendance à les intégrer dans leur stratégie d'action, dès lors qu'elles présentent un caractère répétitif, et à orienter leurs contrôles sur tel ou tel point, où l'application de la réglementation leur semble défailante. Si ces initiatives individuelles sont intéressantes, elles risquent, dès lors qu'elles ne sont pas partagées par les autres agents et relayées au plan départemental, de susciter des incompréhensions, voire des inégalités de traitement. En revanche, peu de DDTEFP ont mis en place ou développé des analyses détaillées des sollicitations des usagers en vue d'orienter l'action collective des services. Au moment où les services déconcentrés sont appelés à définir leurs objectifs d'action en fonction d'un diagnostic de la situation de leur département, l'exploitation

des plaintes constitue donc un enjeu important pour la détermination des priorités d'action et la définition des actions concertées.

Des analyses régulières des plaintes et sollicitations des usagers devraient donc être réalisées à cette fin, au niveau départemental, en vue de la programmation des contrôles. À cet effet :

- la section centrale travail serait chargée de réaliser un inventaire régulier des plaintes reçues au service de renseignement, dans les sections d'inspection et dans les services emploi ;
- à partir de cette analyse, les inspecteurs et contrôleurs du travail définiraient un programme d'action ciblé sur quelques priorités.

La mise en œuvre de telles orientations ressort des DDTEFP avec le soutien des DRTEFP dans le cadre de leur fonction d'animation de l'inspection du travail.

## **Le traitement des plaintes doit constituer un élément central de la politique de qualité de l'établissement hospitalier**

Les plaintes ne sauraient être considérées comme une manifestation passagère de mauvaise humeur de la part des usagers de l'hôpital. Elles sont le corollaire indispensable à la reconnaissance des droits du malade, dans la mesure où elles leur permettent de traduire concrètement l'exercice de ces droits. Par ailleurs, les plaintes peuvent remettre en cause les pratiques médicales et les modes organisationnels des services de soins, des services administratifs et techniques, constituant tout naturellement des moyens de détection des dysfonctionnements des établissements. À ce titre, elles peuvent être considérées comme un élément central de la politique d'évaluation et d'amélioration de la qualité.

La direction d'un établissement doit prendre conscience de la responsabilité particulière qui lui incombe dans ce domaine et organiser un dispositif cohérent et fonctionnel qui permette :

- une écoute réelle des usagers qui font des réclamations ;
- un traitement satisfaisant et transparent de ces réclamations, donc une réponse à l'usager qui ne peut se limiter à un simple accusé de réception ;
- la prise des mesures nécessaires pour éviter le renouvellement des dysfonctionnements constatés.

Pour l'IGAS, un tel dispositif passe obligatoirement par :

- un enregistrement centralisé et exhaustif de toutes les plaintes écrites ou orales, quel que soit le support utilisé ou le mode d'expression choisi par le plaignant : questionnaires de sortie, réclamations au bureau des entrées, lettres au directeur, au chef de service ;

- la mise en place d'un support informatique qui, avec l'enregistrement, devrait mentionner la date, l'heure, la nature de la plainte, le service ou la personne à qui est confiée l'instruction, la date de retour de l'instruction, la date de réponse à l'intéressé, les suites données. Les délais qui s'écoulent entre le dépôt de la plainte et la réponse à l'utilisateur ne devraient pas excéder un mois ;
- l'obligation faite aux praticiens de communiquer à la direction un double des réponses qu'ils ont données aux réclamations des usagers reçues dans leur service. Cette pratique permettrait, au demeurant, d'éviter un engagement de la responsabilité de l'établissement sans que le directeur le sache ;
- une analyse semestrielle ou annuelle de ces plaintes par nature et par service comparée à la moyenne de l'établissement, communiquée dans la plus grande transparence à l'ensemble des instances et des acteurs de l'établissement ;
- l'application de ces mesures à l'ensemble des établissements de santé qu'ils soient publics ou privés, à but lucratif ou à but non lucratif.

## Faire participer les usagers à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques sociales

Pour que les usagers soient véritablement entendus, il est également indispensable de mettre en place des dispositifs d'écoute très en amont. Ceci implique de développer les dispositifs d'évaluation de la satisfaction des usagers, d'associer les usagers à l'élaboration des différents moyens d'information et d'explication des règles. Il en va de même des lieux et des fonctions de médiation et de conseil entre institutions et usagers.

## Introduire l'évaluation de la satisfaction des usagers dans l'institution

### Mieux utiliser les questionnaires de sortie à l'hôpital

Longtemps, les seuls indicateurs d'évaluation d'une politique ou d'une institution ont été ceux élaborés par l'institution elle-même, notamment les services hospitaliers, dans lesquels seuls les taux de réussite par pathologie étaient suivis dans une approche forte réductrice des besoins. L'instrument utilisé par l'hôpital pour connaître de la satisfaction globale de l'utilisateur est le questionnaire de sortie. Le support est utilisé de manière très diverse, parfois sans aucune cohé-

rence, par les établissements et devrait donc être revu tant sur le fond que dans la forme afin d'intégrer des questions permettant une évaluation fine par service et pouvoir être remis anonymement par le patient qui le désire. Enfin, lors de sa distribution, le personnel doit expliquer l'importance de ce document pour l'amélioration continue de la prise en charge du patient.

Ces questionnaires doivent faire l'objet d'une vaste diffusion au sein de l'établissement, dans la plus grande transparence. Un document de synthèse retraçant les principaux enseignements doit être annexé au bilan social de l'établissement et faire l'objet d'une communication obligatoire en conseil d'administration et en commission médicale d'établissement. Enfin, il est souhaitable de doubler les questionnaires de sortie par d'autres moyens de mesure de la satisfaction des usagers : enquêtes au lit du malade, enquête téléphonique après la sortie du malade. De façon générale, les établissements de santé doivent se doter des instruments nécessaires pour que la mesure de la satisfaction (ou de l'insatisfaction) de l'utilisateur devienne réellement un élément constant du fonctionnement quotidien de l'établissement et de ses choix stratégiques.

### **Utiliser les enquêtes de satisfaction pour mesurer l'évolution de la qualité**

Selon l'enquête réalisée auprès des DDTEFP, seules quelques-unes ont procédé à des enquêtes ponctuelles de satisfaction, dans le cadre de projets de réorganisation mais sans les renouveler. Or, l'intérêt de ce type de mesure réside moins dans le niveau de satisfaction observé de façon instantanée que dans l'analyse des écarts et de l'évolution de la satisfaction dans le temps. Il ne s'agit pas de procéder à des enquêtes lourdes de la satisfaction des usagers mais de privilégier des enquêtes périodiques, rapides, fondées sur des sondages et un échantillon limité. Deux méthodes pourraient être envisagées : soit des questionnaires remplis par l'utilisateur, soit une observation et un sondage réalisé en instantané auprès du public. Des outils, pourraient être mis au point par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité à cette fin, comme cela a été fait, en Seine-Maritime : *« Deux enquêtes de satisfaction ont été réalisées dans le cadre de la démarche " POEME ". Elles permettent de constater une perception positive des usagers quant à la qualité du renseignement reçu. Toutefois, elles ne prennent pas en compte l'opinion des personnes qui n'ont pu être reçues (saturation du téléphone...). Selon un sondage effectué sur une semaine en mai 2000 par le service de renseignement de Rouen auprès de 166 personnes, les usagers apparaissent très satisfaits (60 %) ou satisfaits (30 %) tant de l'accueil que des renseignements fournis. Les personnes interrogées n'étaient pas favorables à la mise en place de rendez-vous (62 % contre). Les principaux reproches formulés concernent la difficulté de joindre le service de renseignement par téléphone et l'attente jugée trop longue au service de renseignement. La durée moyenne d'attente des visiteurs était en effet de 17 minutes pour une durée moyenne d'entretien de 27 minutes. »*

Il pourrait être envisagé un suivi d'une cohorte d'usagers de l'inspection du travail pour mesurer leur satisfaction au-delà d'une perception immédiate.

## **Faire participer les usagers à la détection des dysfonctionnements**

Face à la « logique de l'offre » naturelle aux directions des organismes, l'expression de la demande des usagers est recherchée désormais à travers des sondages et des enquêtes de satisfaction. Elle est également censée emprunter les canaux institutionnels, grâce à la représentation des usagers dans les instances délibérantes.

Cette représentation est assurée, au sein du régime d'assurance chômage, par les membres du collège « salariés » siégeant à parité avec ceux du collège « employeurs » ; dans les caisses primaires, par les représentants des assurés sociaux, majoritaires (seize sur vingt-deux) dans les conseils d'administration. Les partenaires sociaux sont particulièrement sensibles sur ce point, comme ils l'ont montré notamment au moment du « mouvement des chômeurs » de la fin 1997, face à l'émergence d'associations de défense des droits des chômeurs. En dépit de plusieurs entretiens avec des présidents de conseils d'administration d'ASSEDIC et de CPAM, la mission d'enquête de l'inspection n'a pas été véritablement en mesure d'apprécier le degré d'implication des instances dans les processus de facilitation de l'accès aux droits. La situation, au-delà des ordres du jour des conseils, est sans doute assez diverse selon les sites, allant de la seule préoccupation de résoudre des cas personnels à la définition d'une politique générale. Les mesures visant à améliorer l'accueil des personnes reçoivent l'adhésion des conseils, qui se soucient, par exemple, de l'aménagement des locaux. Cependant les instances jouent rarement un rôle d'aiguillon, beaucoup d'administrateurs intervenant surtout, dans le cadre des commissions de l'action sociale ou des commissions paritaires, sur des situations individuelles.

Hors de ces instances, la représentation des assurés par d'autres organisations (du type usagers de la santé) n'est pas prévue actuellement dans la branche maladie du régime général. Vis-à-vis des associations de chômeurs, - habilitées par l'article 2 de la loi relative à la lutte contre les exclusions à rencontrer périodiquement, avec les organisations syndicales représentatives, les partenaires du Service public de l'emploi dans le cadre de « comités de liaison »- les ASSEDIC adoptent des attitudes diverses. Plusieurs d'entre elles, après quelques frictions initiales, ont institué avec ces associations des modes de coopération prévoyant le traitement des signalements de personnes en difficulté. Cette attitude paraît de loin préférable au refus de tout contact avec les associations. La mission souhaite qu'elle se généralise à l'ensemble des ASSEDIC, sur la base d'un cadre précis de relations accepté par les différentes parties.

## Développer les instances de conciliation et de médiation

Le face à face entre l'utilisateur et l'institution est généralement inégal ; les instances représentatives traditionnelles ne se soucient pas toujours de l'utilisateur « concret », au quotidien. C'est pourquoi, il est intéressant que se développent des lieux dans lesquels les usagers et les institutions puissent tenter une conciliation et des fonctions de conseil relevant de la même préoccupation.

### Le dispositif de conciliation à l'hôpital doit être clarifié et simplifié

■ Actuellement le mécanisme prévu repose sur :

- une commission plénière qui ne fonctionne bien nulle part : elle n'est pas installée ou elle ne s'est pas réunie ou très rarement ;
- des permanences, dont la fréquentation (cinq à six malades par semestre) est loin de correspondre aux prévisions, malgré tous les efforts déployés pour leur organisation ;
- un médecin conciliateur généralement bien accepté par les usagers et par ses confrères mais dont l'activité reste encore faible.

Il ne semble pas que la commission de conciliation ait compétence pour procéder au règlement amiable des conflits, donc vocation à remplir la fonction précontentieuse.

La conciliation entendue comme la réponse à des demandes d'information exprimées par les usagers, ne devrait pas relever d'une telle instance, si l'ensemble des acteurs hospitaliers et plus particulièrement la direction, les praticiens, les cadres inférieurs étaient constamment mobilisés pour informer les patients et leurs familles. Une information et un accompagnement humain doivent être fournis en permanence et à tous les niveaux, car trop de plaintes et partant de saisines de la commission de conciliation ont pour objet d'obtenir des personnels de l'hôpital un simple dialogue.

Les projets d'établissements doivent impérativement prévoir, sous une forme ou une autre, le temps et les lieux de dialogue entre soignants et usagers, malades ou proches des malades.

■ En conséquence, il est proposé de :

- supprimer les permanences et de les remplacer par une astreinte de l'équipe de direction afin de pouvoir réceptionner les réclamations des usagers qui souhaitent s'exprimer téléphoniquement ou oralement. Les réclamations ainsi recueillies feraient l'objet d'une transcription et d'un enregistrement ;
- renforcer la place et le rôle du médecin conciliateur, qui devrait travailler en liaison étroite avec la personne responsable du traitement des plaintes et exa-

- miner avec elle les réponses faites par les médecins lors de l'instruction du dossier, afin de déterminer la nécessité ou non d'un complément d'enquête ;
- recentrer la commission de conciliation sur une fonction d'élaboration et de suivi de dispositifs concrets permettant aux usagers d'exercer leurs droits et de dialoguer avec les professionnels de l'établissement de santé ;
- renvoyer au niveau régional l'activité d'information sur les voies et recours pré-contentieux et contentieux.

Pour assurer cette fonction, la commission devrait être composée de représentants des usagers, à parité avec les professionnels. La commission serait chargée de faire des propositions afin de transformer les informations recueillies auprès des usagers en instruments d'amélioration de la qualité de la prise en charge. Enfin, l'inspection estime opportun de revoir la dénomination de la commission. Compte tenu des nouvelles missions qu'elle lui reconnaît, il serait pertinent de l'intituler « Commission de l'amélioration des relations entre les usagers et l'établissement ». Il ne s'agit cependant là que d'une suggestion. En effet, en matière de relations entre un établissement public et ses usagers, il paraît important de respecter l'autonomie des établissements dans la façon de mettre en œuvre les objectifs qu'on leur a fixés. Certains ont ainsi entamé un autre processus, qui mettent en place une maison des usagers, sorte de lieu dans lequel les différentes associations, mais aussi les commissions diverses qui associent usagers et professionnels, se rencontrent, tiennent permanence etc. Dans d'autres établissements, notamment en psychiatrie, existent des commissions ou des comités des usagers. Dans d'autres cas encore, des opérations portes ouvertes, des réunions diverses et variées, associent professionnels et usagers. Les expériences de psychiatrie institutionnelle comme certaines expériences issues du secteur médico-social, pourraient aussi inspirer les acteurs hospitaliers en ce domaine.

### **Renforcer le rôle des conseillers du salarié**

Selon l'enquête effectuée auprès des DDTEFP, les conseillers des salariés jouent un rôle utile, indispensable et apprécié des salariés, malgré l'insuffisance de leur formation ou la faiblesse de leurs moyens. Pour autant cette institution, qui joue un rôle important de médiation sociale au travers de l'assistance qu'elle apporte aux salariés menacés de licenciement, n'apparaît pas bien intégrée dans le fonctionnement des services et insuffisamment utilisée.

Pour la conforter, plusieurs pistes peuvent être explorées :

- ***Permettre aux conseillers des salariés de tenir des permanences dans les locaux de la DDTEFP***

Les conseillers des salariés ne sont joignables aujourd'hui que par téléphone ou auprès de leur organisation syndicale. Les contacter prend du temps et n'est pas toujours aisé pour les salariés menacés de licenciement, qui ne disposent que

d'un délai de cinq jours entre l'envoi de la lettre de convocation et l'entretien préalable au licenciement.

L'organisation de permanences dans les locaux de la DDTEFP (quatre heures ou une demi-journée par mois) permettrait de :

- faciliter les contacts des salariés menacés de licenciement avec les conseillers ;
- enrichir le service à l'usager par une prestation de conseil ;
- rapprocher les conseillers des services de la DDTEFP et leur faciliter l'accès à la documentation (notamment « POSEIDON ») ;
- mobiliser tous les conseillers du salarié (seule la moitié ayant une activité dans plusieurs départements).

Cette permanence s'imputerait sur le crédit d'heures dont ils disposent et vaudrait pour l'obtention de l'aide forfaitaire (article D. 122-5-1 du Code du travail). La mise en œuvre de cette proposition nécessiterait une modification législative (article L. 122-14) pour élargir la mission des conseillers du salarié au-delà de l'assistance à l'entretien préalable au licenciement. Les DDTEFP pourraient toutefois expérimenter ce système de permanences dans les locaux de la direction départementale avec les conseillers du salarié volontaires.

#### ▪ *Conforter les conseillers des salariés dans leurs fonctions*

Peu de DDTEFP réunissent périodiquement les conseillers des salariés pour faire le point sur leur activité, leur apporter un appui sur le plan méthodologique (formations, information sur l'évolution de la jurisprudence) et régler les problèmes pratiques.

Plusieurs initiatives pourraient être prises par les DDTEFP en vue de conforter les conseillers des salariés dans l'exercice de leurs fonctions :

- organiser annuellement des réunions des conseillers (d'une durée d'une demie ou une journée) ;
- élaborer au profit des conseillers un guide pratique qui leur serait remis lors de leur prise de fonctions ;
- leur ouvrir l'accès à des sessions de formation organisées dans le cadre des centres interrégionaux de formation.

Ainsi, le guide pratique du conseiller dans le Val-de-Marne présente l'institution et ses missions. Il regroupe les textes et circulaires relatifs aux conseillers du salarié et le bilan annuel national réalisé par la DRT. Il comporte :

- des informations pratiques sur la fonction du conseiller et ses relations avec le salarié et l'employeur ;
- des informations juridiques et pratiques sur la rupture du contrat de travail (licenciement, sanction disciplinaire, reçu pour solde de tout compte, inaptitude physique), l'inspection du travail et le conseil des prud'hommes.

- la jurisprudence récente de la Cour de Cassation et de la cour d'appel de Paris sur le rôle du conseiller du salarié et l'entretien préalable au licenciement est analysée.
- des informations pratiques sur la DDTEFP et les adresses utiles sont mentionnées.

Ce guide, élaboré en septembre 1999, a été diffusé auprès des quatre-vingt-treize conseillers du département.

▪ **Effectuer une étude qualitative de la satisfaction des usagers des conseillers du salarié**

Un bilan annuel de l'activité des conseillers du salarié est coordonné par la direction des relations du travail. S'il analyse la perception qu'ont les conseillers de leur fonction, au-delà du recensement de leurs interventions, il ne permet toutefois pas de mesurer la satisfaction ou les difficultés des salariés ayant eu recours à cette aide. Il pourrait être envisagé de mener une étude qualitative qui intégrerait le point de vue des usagers de cette institution. La DARES pourrait être chargée de conduire une telle enquête.

▪ **Élargir la mission des conseillers des salariés**

La mission des conseillers des salariés est actuellement limitée à l'assistance des salariés dans le cadre de l'entretien préalable à leur licenciement dans les entreprises dépourvues d'institutions représentatives du personnel. Une inégalité existe entre les salariés des entreprises pourvues d'institutions représentatives du personnel (moyennes et grandes entreprises) et celles qui en sont dépourvues (petites et très petites entreprises). Dans les premières, les salariés peuvent faire porter leurs réclamations sur les salaires ou l'application du Code du travail ou de la convention collective par les délégués du personnel, alors que dans les secondes où se posent bien souvent des problèmes de respect ou d'effectivité du droit, ils ne le peuvent pas, sauf à recourir à l'inspecteur du travail qui est tenu par le principe de la confidentialité des plaintes. Si, pour certains DDTEFP, l'extension des délégués du personnel aux entreprises de moins de dix salariés constitue la réponse la plus souhaitable, la couverture des entreprises sera loin d'être exhaustive, quel que soit le seuil d'effectif retenu. On observera d'ailleurs que l'institution des délégués de site est restée exceptionnelle de même que celle des délégués conventionnels. Par ailleurs, les salariés dont le lieu de travail est éloigné du siège de l'entreprise ou de l'établissement rencontrent souvent des difficultés pour se faire assister par des représentants du personnel.

Afin de remédier à ces inégalités ou difficultés, la mission des conseillers des salariés pourrait être élargie :

- aux sanctions disciplinaires, par analogie avec le licenciement (actuellement, le salarié peut se faire assister par une personne de son choix appartenant à

l'entreprise, mais non par un conseiller des salariés, lors de l'entretien préalable à une sanction) ;

- aux réclamations des salariés portant sur les salaires et l'application du Code du travail et de la convention collective (le salarié pourrait faire porter ses réclamations ou se faire assister dans ses démarches auprès de l'employeur pour tout ce qui concerne les conditions d'exécution de son contrat de travail) ;
- et, éventuellement, aux salariés travaillant sur des sites éloignés du siège de l'entreprise ou de l'établissement et qui ne disposent pas localement (au niveau départemental) d'institutions représentatives du personnel.

Les avis des DDTEFP sur l'élargissement des fonctions de conseillers des salariés sont éclairants. Sur les trente-deux DDTEFP ayant répondu à l'enquête, vingt directeurs sont favorables à l'élargissement des fonctions des conseillers des salariés :

- certains préconisent un élargissement à de nouvelles catégories de salariés : aux salariés des particuliers employeurs, aux salariés des établissements dont les représentants du personnel sont trop éloignés et aux personnels de droit privé des collectivités territoriales, aux salariés sous CDD pour les ruptures de contrat avant terme, aux entreprises de moins de dix salariés ;
- d'autres proposent de l'élargir à de nouveaux thèmes : aux sanctions disciplinaires, aux modifications du contrat de travail ; à d'autres circonstances ; vers un rôle de médiation sociale et d'accompagnement des salariés dans les procédures prud'homales ;
- enfin, l'un d'eux souhaiterait que leur soit reconnu un devoir d'alerte de l'inspection du travail en cas d'infraction grave à la réglementation du travail.

Cinq n'y sont favorables que sous réserve :

- d'une clarification de leurs missions par rapport à celles des services de la DDTEFP, - des représentants du personnel et des avocats ;
- qu'ils bénéficient d'une formation ;
- que soit résolu le problème de leurs moyens de fonctionnement.

Six DDTEFP y sont plutôt défavorables : certains estiment que ce n'est pas nécessaire ; d'autres y sont opposés en raison de la faiblesse de leur formation ; d'autres enfin considèrent qu'il serait plus judicieux de donner davantage de moyens aux organisations syndicales.

**La mise en œuvre de cette proposition suppose une modification de l'article L. 122-14 du Code du travail.**

## Chapitre 2

# Organiser le service public autour de l'utilisateur

**M**ettre l'utilisateur au centre des objectifs et des attentes du service public requiert une démarche volontariste en termes de stratégie des organismes et d'adaptation aux nouvelles attentes et un investissement véritable des échelons nationaux.

## Placer la qualité du service au cœur de la stratégie des institutions

### Développer et systématiser une stratégie qualité dans les organismes de retraite

Certes les situations de départ sont assez sensiblement différentes au régime général et dans les régimes complémentaires. Dans tous les cas, des marges importantes existent. Il faut aujourd'hui aller plus loin, par une stratégie participative, dynamique, déclinée en actions mesurables. Cette préoccupation stratégique suppose en effet un programme d'ensemble cohérent, avec des objectifs mesurables, traduits par des indicateurs. Il s'agit d'une démarche bien engagée au régime général, encore embryonnaire dans les régimes complémentaires. Le caractère participatif est essentiel pour diffuser cette dynamique et valider les orientations. À cet égard, il y aurait tout avantage à ce que les administrateurs représentant des usagers s'impliquent dans ces orientations : application complète au régime général des préconisations de l'ordonnance de 1996 sur la sécurité sociale avec notamment présentation d'un rapport annuel sur les relations avec les usagers ; diffusion de pratiques équivalentes dans les caisses des régimes complémentaires. Enfin, cette démarche doit être flexible, c'est-à-dire pouvoir être révisée en tant que de besoin. Par exemple, au régime général, l'articulation entre la politique de proximité et les nouvelles technologies devrait être débattue pour permettre des adaptations éventuelles des grandes orientations du régime.

## Améliorer le management et la formation des personnels

Les institutions qui distribuent des prestations sont encore essentiellement des entreprises de main d'œuvre. Si l'on peut améliorer les outils, informatiques notamment, l'essentiel des réformes passe par un meilleur management, un effort résolu de formation et une réelle polyvalence des agents.

### Se servir des expériences développées dans d'autres institutions

L'IGAS a relevé dans le dispositif ASSEDIC une approche commune à tout le réseau du management opérationnel. La volonté de coupler les fonctions d'accueil et de traitement se traduit par une double exigence d'élévation des compétences techniques et de polyvalence. Cette polyvalence existe au niveau collectif des sites d'accueil ; elle se développe rapidement à l'échelon individuel ; dès à présent une majorité des effectifs de la fonction accueil-traitement occupe, par rotation, l'éventail des postes de travail : pilote, accueil traitement rapide en banque d'accueil et d'orientation, accueil traitement en bureau de deuxième niveau, accueil-traitement téléphonique, traitement hors accueil (instruction de dossiers, réponse à courriers ou réclamations...). Cette politique repose sur des plans de formation conséquents. Ces plans sont articulés, dans la plupart des sites visités, avec l'exploitation des fiches de besoins de formation exprimés par les agents, dans le cadre des entretiens professionnels annuels.

Les schémas d'organisation apparaissent moins systématiquement formalisés dans les CPAM. Par ailleurs les avis ne sont pas unanimes sur l'arbitrage polyvalence/spécialisation des personnels. Plusieurs directeurs de caisses plaident pour le maintien d'une organisation quelque peu taylorienne de segmentation spécialisée des tâches, qui garantirait mieux la réalisation des objectifs en matière de productivité. D'autres, généralement mieux placés en termes de soldes et de production quantitative, organisent des vacances successives des agents en *back office* et en *front office* ; ils le font néanmoins avec prudence. Dans ce domaine aussi, la mise en place de la CMU a accéléré les processus, obligeant dans une certaine urgence à procéder à des redéploiements, fondés chaque fois que possible sur le volontariat, des « postes de l'arrière » vers les postes plus exposés en guichet d'accueil. L'effort de formation a été massif, mais concentré sur une courte période, dans l'assurance maladie. Au-delà de la formation spécifique CMU, (« Adapter son accueil à différents types de publics demandeurs de CMU », « Le partenariat dans le cadre de l'accueil CMU », par exemple), ouverte fréquemment à des personnels d'institutions partenaires, la CNAMTS souhaite élargir l'enseignement, comme le montrent le cahier des charges des formations « Précarité et exclusion aujourd'hui » et divers modules mis en œuvre par les centres régionaux de formation, tels que « Savoir faire face à des situations difficiles et gérer son stress ». La branche famille a aussi mis en œuvre ce type d'adaptation lors de la « crise » traversée par certaines caisses en 1999.

Certains personnels demeurent, il est vrai, réfractaires au contact direct avec l'utilisateur ; de fait, sur certains sites, le stress et les ferments d'agressivité sont évidents. Outre une formation adéquate, plusieurs facteurs peuvent les réduire notablement ; en particulier, comme l'ont expérimenté les ASSEDIC, le lissage des flux et la réduction des délais d'attente ont un effet d'apaisement considérable. Au cours de leurs investigations, les rapporteurs ont aussi rencontré de très nombreux agents, dans les deux institutions, très motivés par l'aspect concret, vivant et « social » de la relation directe avec des publics d'utilisateurs, même, et parfois surtout, s'il s'agit de publics en difficulté. L'accueil -y compris l'accueil téléphonique- est un métier : faire passer rapidement, de façon compréhensible et « souriante », des messages techniques requiert un effort important de professionnalisation et ne saurait être considéré comme une fonction secondaire.

### **Développer la polyvalence des agents**

La législation sociale est très complexe et, longtemps, les organismes ont été organisés sur un mode de forte spécialisation. Mais de plus en plus, afin de gérer les flux d'utilisateurs à l'accueil d'une part, de promouvoir une approche globale des usagers d'autre part, il peut être important de développer la polyvalence des agents : pour pouvoir les mobiliser à l'accueil en cas de saturation, et surtout mener une politique de détection des droits plus active.

Les Caisses d'allocations familiales engagées dans cette voie, gagneraient à la systématiser

### **Donner à toutes les fonctions un objectif d'amélioration du service à l'utilisateur**

La prise en charge personnalisée et concrète des usagers peut constituer un facteur de motivation et de reconnaissance professionnelle non négligeable. C'est pourquoi, dans l'organisation des programmes de travail, il faut à chaque tâche, rattacher une idée d'amélioration du service. L'exemple du contrôle en atteste clairement. Cette fonction occupe une place encore inégale selon les caisses, en particulier au stade de l'ordonnateur. Il est donc nécessaire de le renforcer dans ses outils et dans certaines caisses dans les effectifs qui y sont consacrés. Cette place dépend toutefois également de l'articulation avec la fonction conseil. L'analyse des fonctions des contrôleurs a ainsi montré, à côté de la recherche des indus, l'importance du rôle de conseil qu'ils sont amenés à exercer à travers une analyse globale de la situation d'un allocataire, entraînant pour l'organisme une proportion de rappels souvent proche de celle des indus relevés.

## Organiser le service pour le public, là où il se trouve

Le service public est ouvert à tous les citoyens ; mais la diversification des publics déjà relevée, comme la complexification du système social, rendent parfois difficile l'ajustement entre offre et demande. L'exemple de l'organisation des services de renseignements du secteur travail emploi comme celui de l'accueil des urgences en psychiatrie montrent combien il est important de bien situer le service public. Mais, souvent, l'usager se trouve perdu entre plusieurs institutions : c'est à elles qu'il revient alors de s'organiser en partenariat et de supporter la charge de la coordination.

### Répondre aux attentes des usagers

La demande des usagers a évolué. Ceux-ci veulent pouvoir vérifier l'information en droit du travail, comprendre le diagnostic et les prescriptions des médecins, calculer eux-mêmes le montant des prestations sociales. Le service public ne peut guère résister à ces évolutions ; il est d'ailleurs impératif pour lui de tenter de satisfaire autant que faire se peut les « nouveaux usagers ».

### Mieux répondre à la demande du public en droit du travail

Les services de l'inspection du travail sont confrontés à plusieurs enjeux : faire face à un flux de sollicitations qui ne cesse de s'accroître, utiliser au mieux les nouvelles technologies de l'information et de la communication dans l'accessibilité et l'efficacité des services, traiter à la fois les demandes de renseignement et la prise en charge des plaintes ; concilier la gestion des réclamations individuelles avec la mission de contrôle en entreprise et les actions collectives du service.

- Faire face au flux de sollicitations recouvre un enjeu quantitatif et qualitatif. Si des facteurs socio-économiques poussent à une augmentation de la demande, l'amélioration de sa prise en charge génère un afflux de demandes nouvelles, du fait d'une plus grande efficacité et d'une plus forte notoriété des services. Or, l'accessibilité des services et l'amélioration de la qualité se traduisent par un accroissement de la demande et menacent les progrès accomplis. Dans une certaine mesure, l'offre crée la demande et génère de nouvelles insatisfactions, ainsi qu'un risque potentiel de désorganisation des services.
- L'impact du développement des NTIC sur la demande du public et son traitement par les services est ambivalent. Le développement de bases de don-

nées directement consultables par le public devrait alléger la demande de renseignement simple s'exprimant auprès des services ; la création de messageries électroniques ouvertes aux usagers pourrait renforcer l'accessibilité des services et par suite générer une nouvelle demande affranchie des contraintes horaires. Toutefois, le nombre d'utilisateurs d'internet reste encore limité (17,5 % des foyers français ont un accès internet). Les contraintes en termes de délais de réponse sont fortes pour les services et impliquent une organisation adéquate. En revanche, les NTIC peuvent améliorer la circulation interne de l'information entre les sections d'inspection et faciliter ainsi le traitement des plaintes. Leur utilisation suppose cependant qu'une culture de l'échange et du partage des pratiques se développe dans les services de l'administration du travail.

- Afin d'éviter que les services d'inspection ne soient désorganisés par l'accroissement de la demande et que l'efficacité de leur action en pâtisse, la note d'orientation du 15 mars 1993 posait clairement un principe : la réponse à la demande de renseignement doit être assurée par des services spécialisés de la DDTEFP et distinguée du traitement de la plainte qui relève de la compétence de l'inspection du travail. Cette logique n'a pas été menée à son terme dans toutes les DDTEFP, certaines sections d'inspection du travail continuant de participer au traitement des demandes de renseignement simple ou de premier niveau. Une telle organisation présente l'avantage d'alléger la charge des services de renseignement et de valoriser le rôle des secrétaires de section d'inspection du travail. Elle pose cependant un problème d'homogénéité de la qualité du renseignement donné par des agents qui ne sont pas spécifiquement formés à cela. Elle nécessite en outre des moyens importants et a été souvent utilisée pour justifier l'affectation ou le maintien de deux secrétaires par section. La recherche d'une plus grande cohérence dans l'action des services, de même que l'amélioration de la qualité du service en termes d'accessibilité, de rapidité et de fiabilité suppose aujourd'hui que l'on aille au bout du principe de séparation entre le renseignement et la plainte dans le cadre d'une organisation renouvelée.
- Les services sont organisés pour répondre à une demande de renseignement juridique. Or, une partie de la demande du public évolue vers une demande de conseil, voire d'expertise juridique, mais une autre vers une demande d'assistance ou de soutien psychologique. Compte tenu de ces évolutions, l'enjeu est de définir jusqu'où vont le renseignement et la prise en charge de la demande du public par les services. La mission du service public n'est en effet pas délimitée clairement dans ces domaines. La mission d'expertise juridique n'apparaît pas relever de la compétence du service de renseignement mais plutôt de celle de l'inspection du travail. Les services de la DDTEFP ne sont par ailleurs pas dotés des moyens permettant de traiter des demandes de soutien psychologiques ou d'accompagnement social. Y satisfaire suppose d'établir des relais ou des partenariats avec des structures extérieures.

L'effectivité du droit du travail constitue un enjeu majeur, qui conduit à s'interroger sur l'articulation de la gestion des plaintes individuelles avec l'action collective des services. Pour les salariés, l'efficacité du service rendu repose fondamentalement sur le traitement de leur demande. Cependant, les usagers ont un intérêt collectif à ce que l'inspection du travail consacre suffisamment de temps au contrôle en entreprise et à la conduite des actions prioritaires. Ces interventions en amont présentent en effet l'avantage de prévenir les problèmes et de limiter par suite les plaintes individuelles. Pour les agents de contrôle, les plaintes sont un moyen d'être informés sur le niveau d'application du droit du travail dans les entreprises. Ces informations leur permettent de cibler leurs contrôles et d'identifier plus sûrement les infractions lors de leurs interventions en entreprise. En revanche, le principe de confidentialité limite leur marge d'action pour assurer un service personnalisé et une prise en charge directe de la demande individuelle : il oblige l'agent de contrôle à mener une action collective qui aura, éventuellement, un impact sur la situation de l'utilisateur qui le sollicite.

Si l'inspection du travail doit donc connaître des plaintes, elle ne doit pas être submergée par les demandes qui s'expriment auprès des services. Outre le fait que l'on ne connaît pas l'utilisation faite par les usagers des informations ou conseils donnés, cette activité mobilise du temps au détriment de l'action collective. Ceci pose la question de la nature des plaintes que l'inspection du travail doit prendre en charge : la demande d'intervention de l'utilisateur est-elle un critère suffisant ou doit-on s'en tenir aux plaintes qui dénoncent des infractions à la réglementation du travail et qui sont sanctionnées pénalement ? Si certaines demandes ne peuvent être prises en charge, il convient de s'assurer, soit qu'elles sont effectivement traitées par d'autres services de la DDTEFP soit, si elles relèvent d'autres organismes, que les limites de compétences de l'inspection du travail sont clairement explicitées aux usagers. La majorité des directeurs départementaux qui ont répondu à l'enquête réalisée par la mission estiment que le renforcement des effectifs constitue la condition première d'une amélioration de l'accueil des usagers et du traitement de leurs plaintes<sup>1</sup>. Ils placent ainsi cette mesure avant le développement de la formation et de la polyvalence des agents, l'adaptation des locaux, l'auto-documentation des usagers ou leur accès aux NTIC. Toutefois, certains s'interrogent au préalable sur le caractère prioritaire ou non de cette fonction. Ils considèrent que dans l'affirmative, il est alors nécessaire de la doter de moyens conséquents et de favoriser des partenariats.

L'IGAS ne méconnaît pas les problèmes de moyens des services déconcentrés qui, prenant en charge l'essentiel des sollicitations, sont conduits à opérer de délicats arbitrages dans l'affectation des effectifs. Elle estime cependant que, pour mieux répondre aux attentes des usagers, il convient d'abord d'agir sur les dysfonctionnements les plus évidents et explorer d'autres modalités d'organisation qui intègrent les avancées technologiques et les démarches d'accès au droit.

<sup>1</sup> Cf. question 25 de l'enquête : « *Que faudrait-il faire pour mieux accueillir les usagers et traiter leurs plaintes ?* ».

Sur le premier axe (agir sur les dysfonctionnements), deux priorités se dégagent :

- l'amélioration de l'accessibilité téléphonique des services constitue la première orientation sur laquelle il conviendrait d'agir. La difficulté d'accéder au service public a été soulevée à plusieurs reprises, notamment par les salariés et les représentants syndicaux. Elle suppose une réflexion véritable sur l'organisation de ces services et les moyens qui leur sont affectés ;
- la clarification des rôles respectifs des différentes institutions, de la compétence des services et de leur capacité d'intervention est une seconde orientation. La qualité du service implique de rendre plus transparent le fonctionnement du service d'inspection du travail en définissant les critères de prise en charge et les modalités de traitement des plaintes.

Sur le second axe (explorer de nouvelles pistes), deux séries de propositions apparaissent :

- la modernisation des organisations et des pratiques professionnelles devrait s'appuyer sur le recours aux NTIC et le développement de la mesure des attentes et de la satisfaction des usagers ;
- la recherche et la mobilisation d'autres structures pourraient conduire à un meilleur partage du travail par un fonctionnement en réseau. Le développement du rôle des conseillers du salarié pourrait être aussi envisagé.

### **Accueillir les personnes souffrant de malaise psychique aux urgences hospitalières ou extra - hospitalières**

- **La nécessité d'une présence psychiatrique (infirmière de garde et psychiatre d'astreinte) aux urgences générales**

« *Que l'on souffre d'un panaris ou que l'on se prenne pour Napoléon, on se dirige vers les urgences* ». Cette boutade d'un psychiatre traduit bien le rôle que jouent les urgences dans l'attente du public. On le sait, les symptômes de malaise psychologique sont difficiles à reconnaître et encore plus à assumer. Le premier destinataire médical est donc bien souvent choisi en période de crise, la nuit, le week-end, pendant ces moments dans lesquels l'angoisse est renforcée. Or de ce premier accueil dépend une partie de la relation du malade et de ses proches à l'institution psychiatrique. Dans la file active des patients étudiés lors de l'enquête, deux tiers des sujets étaient entrés en contact avec le secteur psychiatrique par le biais des urgences. Une bonne prise en charge aux urgences et l'orientation rapide vers un service hospitalier ou ambulatoire psychiatrique de bon niveau permet un meilleur pronostic pour la suite des soins.

C'est ce dont témoigne, favorablement, le cas suivant : au retour de l'enterrement de son cousin décédé à l'âge de 35 ans, ce patient, dans une situation de grande détresse au cours d'un épisode d'intoxication alcoolique aiguë, est tenté de se défenestrer. La présence de son amie l'aide à différer son geste et à aller aux urgences de l'hôpital de Cahors. Il est 3 heures du matin quand ils y arrivent.

Il est pris en charge par l'infirmière psychiatrique de garde. Il accepte sa proposition de revenir le lendemain pour une prise en charge médicale et psychiatrique. Un rendez-vous lui est donné avec un psychiatre. Mais lors des formalités administratives, il refuse de donner son adresse, quitte le service rapidement et rentre chez lui avec son amie, décidé de tout abandonner. Réconforté et convaincu par son amie qui avait assisté à l'entretien avec l'infirmière, il accepte de téléphoner aux urgences pour donner son adresse. Le lendemain, il vient au rendez-vous. Il y est convenu d'une cure de quinze jours, en hospitalisation complète.

- Entretien : *« Ce patient âgé de 30 ans est d'un niveau scolaire supérieur (préparation DEUG philo). Après la séparation de ses parents en 1978, il se rend compte de l'état d'imprégnation alcoolique chronique de sa mère avec qui il vit à Nantes. Il a une sœur d'un an sa cadette. En 1982, alors qu'il vient d'entrer en sixième, il présente un état dépressif qui ne fait l'objet d'aucune prise en charge. Vers l'âge de 15 ans, il commence à boire de l'alcool. Son appétence pour ce dernier ne s'arrêtera pas. Bien que connu de tout le monde, au collège comme au lycée, le sujet n'est pas abordé et cette pathologie non traitée. À 22 ans survient le décès accidentel de sa mère alors en état d'ivresse. Quelques années plus tard, tandis qu'il effectue son service militaire au titre de l'objection de conscience dans une association de soutien aux immigrés, il y retrouve le médecin traitant de sa mère avec qui il aborde cette difficulté. Celle-ci ne souhaite pas le prendre en charge, suggère le service des addictions (au CHU de Nantes) et lui conseille un autre thérapeute. Mais il s'y refuse. C'est dans ce service que sa mère a été hospitalisée à plusieurs reprises. Puis " c'est la galère " dans l'Ouest et le Centre de la France pendant plusieurs années. Il essaye diverses formations, mais n'a pas de véritable insertion professionnelle. Il continue à s'adonner à la boisson de façon importante, ce qui contribue à limiter ses relations et sa vie affective. Il ne veut pas voir un psychiatre : " je vais lui parler deux heures, le payer, et puis je vais me retrouver dehors, tandis qu'aux urgences je verrai un médecin traitant et tout sera pris en charge en une seule fois ". À l'accueil des urgences générales, son amie reste avec lui, et il est confié à une infirmière psychiatrique. Celle-ci le rassure quant aux conditions " d'enfermement " en psychiatrie et à la prise en charge globale de son problème. Elle lui expose les buts et modalités du traitement. Un rendez-vous avec un psychiatre lui est donné pour le lendemain, au même endroit. »*

Lorsqu'a lieu l'entretien, le patient a terminé son séjour de quinze jours en hospitalisation complète. Celui-ci s'est déroulé dans le nouveau service psychiatrique ouvert à proximité de l'hôpital général qui ne reçoit que des patients pour des traitements de courte durée, et en milieu ouvert. Ce patient a apprécié la compagnie des autres malades avec qui il pouvait parler de domaines d'intérêts communs ou différents, et même de leur maladie. Ils se soutenaient mutuellement. Il a pris conscience que la maladie touchait les individus sans discrimination. Il dit avoir beaucoup apprécié l'aide apportée par le service social pour solutionner ses problèmes.

Ainsi, la présence continue aux urgences de personnel formé à l'écoute et à l'entretien de face à face, comme le sont les infirmiers de secteur psychiatrique,

ont permis au patient d'exposer à un moment critique ses difficultés, d'obtenir des explications rassurantes, tant sur les possibilités de traitement que sur le cadre des hospitalisations en psychiatrie. La qualité de cet accueil lui a permis d'accepter le principe d'une prise en charge par un psychiatre et une hospitalisation dans un service de psychiatrie. Il n'a ressenti aucun risque, aucun danger.

▪ ***Des structures extra-hospitalières pouvant gérer l'urgence psychiatrique***

Il est possible que les usagers souhaitent effectuer une demande de soins psychiatriques avant que l'hospitalisation et la contention ne soient le seul moyen de prise en charge possible. La création de structures extra-hospitalières est ancienne en psychiatrie. Pourtant elles sont mal connues, souvent une aide extérieure est nécessaire pour y accéder et les délais de consultations y sont difficilement admissibles. L'IGAS ne peut que souligner sur ce point la nécessité d'offrir au public des structures de soins extra-hospitalières facilement accessibles, certaines étant accessibles sans rendez-vous ni adressage ; les autres avec des délais d'obtention de rendez-vous qui ne soient pas dissuasifs, tant pour la première consultation avec un psychiatre que pour les psychothérapies avec des psychologues. Certes le secteur public de psychiatrie fait face à la diminution du nombre de psychiatres et d'infirmiers psychiatriques ; les inégalités de répartition entre régions ajoutées à un manque de postes de psychologues, rendent malaisée la réactivité du secteur. Il reste que si les cas de psychoses chroniques, nécessitant quelques hospitalisations récurrentes et un suivi ambulatoire sont encore plutôt bien pris en charge, il est de plus en plus difficile d'obtenir une intervention par le secteur, quand on n'en est pas connu. Or le nomadisme médical qui précède cette première prise en charge, la prescription parfois intempestive d'anti-psychotiques et continue de tranquillisants divers, sans qu'aucune autre démarche de soins et d'insertion sociale soit menée, se traduiront inmanquablement par une difficulté encore plus grande à assurer la prise en charge psychiatrique, inéluctablement nécessaire.

▪ ***Pour un plan de santé mentale***

C'est pourquoi l'IGAS préconise que la santé mentale bénéficie d'un véritable plan visant à dégager les objectifs en termes de réponse à la demande (implicite ou explicite) des usagers, en termes de qualité des soins, de travail en réseau, supposant de fournir aux équipes les moyens en personnels nécessaires. Les moyens d'analyse nécessaires à cette fin ne relèvent pas d'une grande sophistication. Les choix peuvent ainsi reposer sur quelques indicateurs simples, tels que le nombre d'allocataires adultes handicapés, ou bénéficiaires du RMI. (les personnes souffrant de malaise psychologique sont surreprésentées parmi les allocataires du RMI et de l'AAH ; en effet le plus souvent elles sont isolées et ne travaillent pas ou peu).

Il est clair que la France manque de psychiatres, hospitaliers au vu des standards de soins actuels et que le recours à des médecins non formés à la psychia-

trie, ou le remplacement des infirmiers, psychologues et autres personnels paramédicaux en psychiatrie par des travailleurs sociaux de niveau III ou IV ne peut constituer une solution satisfaisante. Une telle orientation déboucherait notamment sur des structures de soins fermées, (moins coûteuses), sur l'augmentation des hospitalisations plutôt que des alternatives à l'hospitalisation et des protocoles de soins purement chimiothérapeutiques au détriment des approches alliant la psychothérapie et le suivi social. Or ces diverses techniques sont développées avec un relatif succès quand elles sont bien menées. Les conditions de vie contemporaines, notamment la concentration urbaine, l'afflux de personnes culturellement déracinées, les difficultés de cohabitation, ne vont pas faire diminuer la demande de prise en charge en santé mentale, bien au contraire. Il est certainement possible de décider que seuls les psychotiques avérés (encore faudrait-il savoir les diagnostiquer assez tôt) relèvent d'une prise en charge psychiatrique. Il ne semble toutefois pas à l'IGAS que le risque actuel pour la part des usagers qui souffrent de malaise psychologique serait une psychiatrisation forcée. Au contraire, tant l'exemple des personnes errantes que celui des adolescents montrent qu'il existe un véritable besoin d'un accueil et d'une écoute psychiatriques, en réseau avec d'autres intervenants, éducatifs, sociaux, médicaux, etc.

C'est cette place du dispositif de santé mentale qui doit être impérativement planifiée pour le moyen et le long termes.

## **En finir avec le splendide isolement des institutions**

Le partenariat est une préconisation ancienne dans le secteur social. En effet, presque tous les usagers ont besoin de l'intervention conjointe de plusieurs services. Pourtant, la logique des blocs institutionnels continue à s'appliquer avec rigidité. Le partenariat doit être organisé au niveau local, selon des modalités que chaque échelon doit adapter, à condition que des objectifs de qualité pour les usagers soient assurés partout. À côté de cette organisation en réseau de personnes et de lieux, qui ne peut pas se traduire le plus souvent par la mise en place, traditionnellement évoquée, d'un « guichet unique », il serait souhaitable et possible de dispenser les usagers de la production des mêmes informations à des institutions différentes, supposées communiquer entre elles.

---

### **Substituer les échanges informatiques pour n'avoir plus à exiger de l'usager la production de documents papier**

De nombreux rapports ont déjà mis en évidence les « parcours du combattant » imposés aux usagers des services publics par les administrations et les institutions sociales. Chaque organisme, dans sa logique propre de constitution du dossier et de contrôle interne, est amené naturellement à demander à l'usager la production de diverses pièces justificatives, souvent redondantes, et notamment

d'attestations délivrées par d'autres organismes. Si ces exigences ne posent pas de graves problèmes aux catégories d'utilisateurs les plus intégrées, elles ajoutent souvent aux difficultés éprouvées par les populations les plus défavorisées, qui sont justement celles qui, cumulant les handicaps de toutes sortes, ont le plus souvent besoin de recourir aux services de ces institutions. Certes, des mesures de simplification administrative sont périodiquement décidées, mais de nouvelles formalités se mettent sans cesse en place, au gré des modifications législatives et réglementaires. Plus fondamentalement, la mission se demande s'il est absolument nécessaire de faire porter à l'utilisateur, quel que soit d'ailleurs son statut, le poids de démarches, génératrices de tracas et de temps perdu. Il ne s'agit nullement, en l'occurrence, de nier la légitimité de telle ou telle information préalablement à l'ouverture de droits reposant sur des financements collectifs, ni de prôner une société d'assistance. L'inspection observe seulement que le développement des moyens modernes de communication donne désormais aux organismes gestionnaires de droits sociaux des possibilités nouvelles d'échanger en temps réel, directement et en toute fiabilité, une grande partie des informations individuelles dont elles ont besoin. Ce constat conduit à penser que, dans nombre de cas, il n'y a plus de nécessité avérée à mobiliser à cette fin l'utilisateur : au mieux, muni d'une liste des pièces à remettre, celui-ci n'apportera rien de plus que ce qu'un échange de données aurait permis d'obtenir ; au pire, l'utilisateur, insuffisamment informé et n'étant pas technicien, risquera de passer beaucoup de temps à rassembler les éléments demandés. Les dispositions du décret du 26 décembre 2000 portant suppression des fiches d'état civil et des justificatifs de domicile, présentées par la circulaire du même jour comme la consécration du principe de confiance, ont largement ouvert la voie en ce domaine. À l'évidence, les institutions sociales sont, en la matière, les principales concernées.

### **Intensifier les échanges entre cinq grands réseaux : ASSEDIC/ANPE/CPAM/CRAM/CAF**

Les évolutions souhaitées ci-dessus commencent donc à se concrétiser ; elles sont loin d'être intégrées partout dans une perspective de qualité du service à l'utilisateur.

On a pu noter l'existence d'échanges bilatéraux de données entre certaines grandes institutions. C'est le cas :

- d'une façon générale, depuis le transfert de l'inscription des demandeurs d'emploi, entre les ASSEDIC et les agences locales de l'emploi ;
- dans des conditions variables, entre les ASSEDIC et, respectivement, les CPAM et les CAF, notamment en application des accords intervenus au niveau national ;
- au coup par coup, entre les CAF et les CPAM, entre les CPAM et la CRAM, entre ces institutions et l'ANPE.

Ces cinq grandes institutions couvrent ensemble une très large partie du champ des droits sociaux et de la sphère relevant de la responsabilité du minis-

tère de l'Emploi et de la Solidarité. Beaucoup d'usagers, notamment parmi ceux menacés de précarité ou d'exclusion, ont affaire à elles, parfois simultanément. C'est sur ce « noyau dur » institutionnel qu'il est suggéré de développer en priorité les échanges, dans l'intérêt de l'utilisateur.

L'intensification de ces échanges pourrait prendre deux formes :

- organisation chaque année, au niveau local, d'une journée d'information et de connaissance mutuelle, afin que les professionnels de chaque institution aient une compréhension plus précise des attributions et des moyens de leurs partenaires, et puissent réfléchir ensemble sur des thèmes d'intérêt commun ;
- sur la base d'un inventaire des informations demandées à l'utilisateur par chaque institution, identification de celles qui relèvent d'un des quatre autres organismes, afin de bâtir, dans le respect de la loi « Informatique et Libertés », des systèmes sécurisés d'accès informatique à ces données, permettant de réduire les démarches administratives individuelles (*cf. infra*).

▪ **Le guichet unique d'accueil et de gestion, une fausse bonne solution**

Pour répondre aux difficultés sociales des personnes ou de leur famille, il existe une multiplicité d'institutions de statuts divers, à vocation le plus souvent spécialisée. La préoccupation d'une approche globale de l'utilisateur est d'autant plus importante que ses problèmes en termes d'emploi, de ressources, de logement, de santé et de couverture sociale, de garde d'enfants, de scolarité, etc. se cumulent et sont souvent largement interdépendants. Pour autant, l'idée, souvent exposée dans le passé, d'un « guichet unique », entendu comme un lieu géographique commun d'accueil et de gestion des dossiers par les différentes administrations et organismes compétents, se heurte au principe de réalité. Il est hautement improbable, dans un pays doté de nombreux organismes et services sociaux de pouvoir combiner les contraintes immobilières, financières et de gestion du personnel de toutes les personnes morales concernées, comme le montre d'ailleurs la rareté de ces cohabitations, même limitées à deux organismes complémentaires. Il n'est pas plus raisonnable d'imaginer une sorte de gigantesque administration sociale omni-compétente.

En réalité, de l'avis des interlocuteurs de la mission d'enquête, l'important réside moins dans la contiguïté géographique des services - que l'intensification des échanges informatiques proposée ci-dessus rend d'ailleurs chaque part moins nécessaire - que d'aiguiller correctement l'utilisateur vers les services et organismes adéquats, de préférence d'une manière personnalisée. De fait, les fonctionnements en réseaux et l'utilisation raisonnée des nouvelles technologies offrent d'importantes perspectives.

## Orienter les usagers vers les bonnes institutions

A minima, un aiguillage amélioré requiert, dans chaque grande institution en contact avec le public, une connaissance des compétences des autres organismes,

avec l'indication des coordonnées de correspondants. Autant il n'est pas question, pour un agent CPAM par exemple, d'expliquer à l'utilisateur les principes du régime d'assurance chômage ou les règles des prestations familiales, autant il paraît nécessaire qu'il sache désigner l'ASSEDIC ou la CAF comme lieu de réponse à ce type de questions.

Au-delà de cet aiguillage de base, les nouvelles techniques d'information et de communication peuvent permettre des avancées intéressantes dans ce domaine : c'est le cas d'un outil comme le « visio-guichet », ou des bornes interactives.

## Développer les conditions d'une organisation des services publics autour des usagers

### Harmoniser les frontières administratives

Dans tous les domaines, l'insertion sociale, la psychiatrie, la protection sociale, le travail, l'emploi et la formation professionnelle, il est avéré que les actions coordonnées sont souvent exigeantes, compte tenu des découpages administratifs et des logiques du bassin de vie. Ainsi l'IGAS propose-t-elle d'une part que dans le secteur sanitaire les démarches de planification régionale du secteur médecine, chirurgie, obstétrique, soient organisées avec celles relevant de la psychiatrie, de sorte que soit retenu un seul schéma régional pour toutes les disciplines médicales et que chaque implantation d'urgences ou de dispensaires, soit conçue pour permettre aux usagers de se déplacer dans la même direction. D'autre part, on ne peut qu'encourager les démarches d'aménagement qui iraient dans le sens d'une implantation de toutes les institutions sociales en fonction des bassins de vie (au sens de l'aménagement du territoire).

## Diffuser les expériences et favoriser les plans locaux d'action

L'administration a cru pendant de nombreuses années qu'il serait possible d'expérimenter des dispositifs, d'analyser leur fonctionnement, puis de généraliser les expériences réussies. Cette approche est aujourd'hui rarement opérante. En revanche, il doit être possible de mobiliser les décideurs locaux, qu'ils soient fonctionnaires de l'État, des organismes de protection sociale, des établissements publics dans une optique de type conférences de consensus ou col-

loques sur les bonnes pratiques organisationnelles. Ces démarches ne seront pas reproduites par voie de circulaire sur tout le territoire, mais elles pourront servir de canevas à une mise en œuvre adaptée à chaque situation locale.

## **Développer les démarches d'accréditation et d'intéressement des personnels aux indicateurs de satisfaction des usagers**

Les démarches d'accréditation se substituent peu à peu aux procédures de contrôle *a priori* et promeuvent une participation des personnels à l'évaluation. Or, l'accréditation développée dans les hôpitaux fait largement place aux référentiels usagers. En revanche, il faut sans doute développer un management cohérent avec ce type de démarche et notamment réfléchir sur les manières de mobiliser les personnels, pour mettre en œuvre les mesures tendant à la satisfaction des usagers. Il ne s'agira pas nécessairement d'intéressement financier, mais toutes les mesures qui prennent en compte de manière conjointe le mieux être des usagers et des personnels, par exemple les supervisions avec des psychologues, les groupes Balint, les groupes de paroles pour les usagers, pour les proches, pour les personnels, permettront que se développent dans les institutions consacrées à la prise en charge de problèmes graves d'usagers, une atmosphère plus détendue. En effet, les effets psychologiques de la confrontation quotidienne avec les situations de très grande difficulté, sur des personnels de plus en plus sollicités, aboutissent souvent à la mise à distance de ces usagers, au mauvais accueil, au refus d'information et de dialogue. Ce malaise des agents, réponse en miroir à celui des usagers, doit être traité de manière tout à fait sérieuse. Dans les organismes de protection sociale, les indicateurs choisis pour suivre les politiques de qualité doivent viser le réalisme et éviter le développement d'effets pervers. Ainsi faut-il se méfier des indicateurs trop rigoureux, notamment des taux d'erreurs trop bas, au risque de voir une partie de l'institution investir une partie de son énergie à contourner ces normes quantitatives. D'autre part, certains indicateurs doivent être testés avant d'être diffusés. Ainsi le délai de réponse est-il un indicateur limité, qui « oblige » les liquidateurs à répondre sans aucune garantie de contenu. Une conception participative de ces outils de pilotage, associant tous les types de personnels apparaît désormais indispensable.

### **Faire participer les usagers**

Les usagers sont présents, dans les conseils d'administrations des organismes de protection sociale ; ils sont ainsi représentés dans les conseils d'administration des établissements de santé. Sans remettre en cause ce mode de représentation, qui privilégie alors des usagers associés ou syndiqués, formés à la gestion de leur domaine, il peut être utile de s'adresser à des non professionnels, concer-

nés par l'expérience de l'établissement. Ainsi, au conseil d'administration d'un hôpital, aux côtés des mouvements de consommateurs, il conviendrait probablement d'introduire des personnes non mandatées, identifiées comme usagers de l'institution. L'IGAS préconise surtout une grande ouverture sur les initiatives visant à créer des lieux d'échange avec les usagers, des comités d'usagers, chargés par exemple de participer à l'élaboration de certains imprimés, de formulaires, de tester des explications, de donner un avis sur la manière dont les usagers sont accueillis et traités. Les orientations en cours des politiques de simplifications administratives ouvrent, en ce domaine, des perspectives intéressantes pour le secteur social.

## Prévoir dans le calcul des prestations une marge d'appréciation de situations exceptionnelles

Le droit social a évolué vers toujours plus de normalisation : au droit de l'aide sociale, dans lequel chaque bureau d'aide sociale appréciait l'état de besoin de la personne, parfois de manière arbitraire, a succédé la couverture maladie universelle et son barème. L'accès à une prise en charge égale pour tous est un droit national. Mais ce progrès risque, si l'on n'y prend pas garde, de générer, quelques situations inévitables : le cas des personnes soignées pour maladie psychiatrique, titulaires de l'allocation d'adulte handicapé et ayant à acquitter le forfait journalier à l'hôpital en est un exemple flagrant, de même que la situation de nombre de titulaires de minima sociaux en fin de vie.

Il conviendrait donc d'instaurer dans le calcul des prestations une marge d'appréciation de situations singulières. Le financement de ces prestations supplémentaires obligatoires, serait à la charge des fonds sociaux des organismes. Il s'agirait par exemple de certaines dépenses de soins laissées par les organismes de protection sociale à charge des assurés aux revenus modestes : forfait journalier à l'hôpital, dépenses d'appareillage etc. L'introduction d'une marge d'appréciation de la situation singulière aurait pour second avantage de prévenir la trop grande sophistication des textes : en effet, s'il est admis que les personnes ayant des situations atypiques peuvent être traitées comme telles, point ne serait alors besoin de prévoir toutes les occurrences possibles dans un texte de loi ou un décret, qui par nature, ont une portée universelle.

## Chapitre 3

# Simplifier, encore et toujours

## Une simplification pour les usagers les plus fragiles

Simplifier la réglementation constitue, pour tous les États dotés d'une longue tradition administrative et d'un droit positif particulièrement développé, une véritable gageure. Ce constat s'applique particulièrement à la sphère sociale, alors que la complexité, sous toutes ses formes, atteint prioritairement ses usagers les plus fragiles.

### Comprendre les contraintes

Si la simplification constitue un impératif majeur de tout effort d'amélioration des relations avec les usagers, force est de reconnaître qu'il ne saurait s'agir d'une panacée.

### Un droit personnalisé est nécessairement complexe

Le droit social est complexe, et il fait peu de doutes, comme les missions conduites par l'IGAS l'ont éprouvé, que le cadre juridique propre à chaque secteur recèle des gisements importants, sinon considérables, de simplification. Cependant, il convient de relativiser les marges de manœuvre disponibles dans chaque secteur. En effet, tout particulièrement dans le domaine de la protection sociale, le législateur et les pouvoirs publics sont traditionnellement attachés à « cibler » la définition des droits, quels qu'ils soient, afin des les adapter sans cesse plus précisément à des situations par définition composites. Ainsi, par exemple, si la législation des prestations familiales constitue, en France, un édifice particulièrement imposant et fréquemment décrit comme excessivement compliqué (vingt-cinq prestations, 150 000 règles de droit appliquées par les CAF), il reste très difficile de concevoir une remise à plat complète, qui pourrait se traduire par une certaine régression dans la prise en compte personnalisée des diverses situations sociales et/ou familiales.

Aussi bien, simplifier et déréguler ne constituent pas, dans le cadre du présent rapport, les deux faces d'une même exigence. Toute la difficulté consiste à maintenir le socle des dispositifs de protection, qu'il s'agisse d'allocations monétaires, de prestations en nature ou de services, y compris médicaux, tout en réduisant leur degré de complexité interne et externe. Les orientations proposées ci-après tentent d'approcher cet objectif.

## Une organisation peu lisible

Au-delà du droit, l'une des dimensions de la complexité de nouveau mise en lumière par les investigations de l'IGAS touche à l'organisation. D'une part, le management interne des grands dispositifs, administratifs, hospitaliers, juridictionnels, sociaux, présente, par définition, des difficultés inhérentes à des effets de taille. Les politiques nationales, qu'elles relèvent de l'État gestionnaire ou tuteur, ou bien de réseaux publics (CNAM, CNAV, CNAF...) voire privés (ARRCO, AGIRC, UNEDIC) se heurtent à des problèmes de pilotage quotidien, que l'on rencontre dans toute organisation de vaste dimension, mais dont la portée se trouve ici aggravée par l'objet social des institutions et certaines rigidités de service public. Là où une grande entreprise peut, relativement à sa guise, organiser sa production et tenter de satisfaire ses clients, une grande structure « sociale » applique des normes qu'elle a rarement conçues, y compris en termes de gestion, ne dispose pas aisément d'indicateurs de performance, ni des souplesses d'adaptation propre aux marchés. En outre, les nécessités de la rigueur de gestion conduisent à exiger, dans le même temps, que leur fonctionnement intègre le critère de rentabilité, alors que la qualité du service rendu est largement immatérielle, et le plus souvent coûteuse, notamment en ressources humaines, quand il s'agit de développer l'accueil d'utilisateurs en difficulté, ceci sous toutes les formes.

Au-delà, la problématique de l'organisation touche aussi aux interrelations entre ces dispositifs eux-mêmes. On constate, à cet égard, que l'utilisateur est encore trop souvent en charge d'opérer le lien entre des organismes, dont il dépend ou auxquels il s'adresse, mais dont la coordination pêche largement, et se trouve rarement conçue comme l'un des vecteurs du service rendu à l'assuré, au patient, au plaignant. Pour limiter les effets d'un tel morcellement, dans le meilleur des cas, des expérimentations locales sont conduites sur l'initiative de responsables sensibilisés à cette nécessité, sans que ces bonnes pratiques, il est vrai en nombre croissant sur le terrain, ne trouvent toujours un débouché plus large. L'État a pris un grand nombre d'initiatives, au cours des dernières années, en vue de pallier ce phénomène, notamment en matière de lutte contre l'exclusion, dont certains exemples de coordination particulièrement innovants (notamment les PASS) ont été évoqués plus haut. Toutefois, il est clair qu'à défaut de progrès plus décisifs dans le chaînage des circuits institutionnels, ces améliorations verront, dans la durée, leur portée réduite par rapport aux ambitions de départ.

À cet égard, la question des rapprochements de fichiers informatiques se pose toujours, en France, avec acuité. Si le respect des dispositions de la loi informatique et libertés ne saurait être battu en brèche en matière sociale, et notamment dans le domaine de la santé, certaines situations concrètes semblent, aujourd'hui, générer davantage d'effets pervers que de protections de l'individu. Ainsi, l'existence de deux identifiants différents, au sein de la sécurité sociale (la branche famille étant dotée d'un numéro d'allocataire propre, faute de pouvoir utiliser le NIR) constitue un frein puissant, dont la prise en charge par les grands systèmes informatiques ne semble pas être la réponse la plus satisfaisante, en termes de coût/efficacité pour les finances publiques, ni pour l'utilisateur final. Il va de soi que la place prise par les nouvelles technologies dans l'ensemble du secteur tertiaire renouvelle radicalement cette question, et il est à craindre que le « tempo » de la modernisation des circuits administratifs, déjà lent, ne soit dans un avenir proche davantage déconnecté de la vitesse de diffusion de ces nouveaux outils.

### **Les exigences du contrôle doivent être mesurées**

Le contrôle de l'usage des fonds publics, ou des services délivrés dans ou par un organisme public, constitue une exigence démocratique. Il faut admettre, et l'IGAS en est au premier chef consciente, qu'il peut aussi induire des réactions tendant à accroître la complexité. Ainsi, il n'est pas rare que des organismes souhaitent alourdir leur contrôle de gestion, en prévoyant, par exemple, des démarches complémentaires des usagers, la production de pièces non prévues par les textes, ou un circuit de traitement volontairement renforcé, donc rallongé. Lutter contre la fraude, prévenir les indus, évaluer la productivité des services, autant de circonstances dans lesquelles il peut advenir que le critère de la satisfaction de l'utilisateur passe au second plan, à tout le moins sous l'angle de l'efficacité, ou de la rapidité de traitement. S'il convient donc de ne pas négliger les contraintes qui pèsent sur les services et organismes sociaux, dont beaucoup correspondent pour eux à des facteurs extérieurs, on doit cependant admettre que les conséquences de cet état de faits sont lourdes pour les usagers, au premier rang desquels se situent les plus fragiles.

Sans revenir ici sur les constats développés dans les deux parties précédentes, il n'est pas inutile de rappeler, d'un point de vue général et non uniquement sectoriel, combien le lien social, souvent crucial, qui met en relation – et parfois aux prises – l'utilisateur et l'administration est sensible à la perception par celui-là du degré de complexité de l'organisation, et à la capacité de celle-ci à prendre en compte la dimension individuelle de la personne qui s'adresse à elle. En d'autres termes, l'expression de la règle, la clarté d'un formulaire, la compréhension du calendrier des opérations, voire de leur nature (quelle prestation, quel montant, payé comment, quand, pour quelle durée...) sont autant de préoccupations dont l'intensité va croissant avec le degré de difficultés sociales.

Quelle que soit la bonne volonté des agents en charge de la première ligne d'accueil, dans une caisse, un établissement de soins, un service administratif, si la complexité des textes et des procédures, s'ajoutent à l'inquiétude de l'utilisateur, voire à son angoisse, satisfaire sa demande, qui requiert souvent de l'explicitier en commun, relève alors de la gageure. Cette application en creux de l'adage « *ce qui est simple s'énonce clairement* » pèse aujourd'hui sur l'ensemble des opérateurs, avec lesquels l'IGAS est entrée en contact au cours de cette enquête. À ce stade du rapport, cette mention n'a pour objet que de rappeler combien simplifier, quelle qu'en soit la difficulté, demeure nécessaire pour certains usagers, sauf à compromettre les efforts déployés et les progrès accomplis, en grand nombre, dans les dispositifs d'accueil et de conseil sous toutes leurs formes.

## Clarifier les textes et les procédures

### Améliorer les textes

On l'a dit, la législation sociale se prête mal à une rationalisation *a priori*, quelles que soient les attentes des observateurs et des gestionnaires en ce domaine. Les voies de progrès sont donc étroites en la matière.

### Éviter les conflits de normes

Sans prétendre à l'exhaustivité, les missions conduites par l'IGAS ont permis de mettre en lumière diverses incohérences juridiques, sources d'incompréhension voire de véritables nids à contentieux : ainsi, par exemple, la définition non stabilisée des règles de communication du dossier médical. Sur un plan plus large, il est de fait que les articulations internes au droit social, déjà problématiques, se doublent parfois de conflits normatifs avec d'autres branches du droit, comme l'ont mis en lumière des travaux récents sur le droit de la famille, qui met en jeu des dispositions du Code civil, du Code de la sécurité sociale, du Code de l'aide sociale et de la famille et du Code général des impôts, pour l'essentiel.

### Prévenir l'inflation réglementaire

Au risque d'émettre un vœu pieu, l'inflation des textes d'application, et, surtout, de normes juridiques de portée inférieure (circulaires, instructions, lettres) a pour conséquence première, dans le domaine social, d'accentuer encore les obstacles à la compréhension et à l'application des règles. Certes, il revient aux pouvoirs publics, le plus souvent, de compléter les dispositions législatives,

compte tenu des compétences respectives du Parlement et du Gouvernement dans ces secteurs. Cependant l'examen du volume et du contenu des textes qui en découlent, jusqu'au manuel de procédures mis en œuvre par les organismes, traduit une dérive inquiétante, dont il n'est pas certain que la rigueur juridique et la maîtrise des dépenses publiques soient les principales conséquences.

Il va de soi que la recherche d'engagements mutuels de l'État et des régimes ou organismes, à l'occasion de démarches contractuelles, désormais généralisées (en particulier les conventions d'objectifs et de gestion en matière de sécurité sociale), fondées sur quelques indicateurs clairs, permettrait, de souligner cette préoccupation. Dans une certaine mesure, la généralisation de fiches d'impact pour tout nouveau texte, à partir du critère de complexité, répondrait tout à la fois au souci de limiter les contraintes potentielles pour les usagers et d'alléger la charge des organismes, tant il est vrai que les deux dimensions sont liées.

## Aménager les procédures

### Prévenir la complexité interne

Dans le même ordre d'idées, il est certain qu'un premier progrès décisif pourrait consister à ce que chacun des réseaux, veille, en son propre sein, à faciliter les démarches des usagers, en particulier lors de déménagements, qui imposent encore, trop souvent une double formalité, auprès de l'organisme ou du service initial et nouvellement compétent : à cet égard, la simplification des « mutations » entre CAF, opérée par la branche famille, pourrait utilement servir de référence. Au-delà, il serait souhaitable de se fixer comme objectif d'éviter toute redondance dans les demandes de renseignements, en développant des formulaires et envois pré imprimés<sup>2</sup>. En somme, conformément à une tendance générale développée par les politiques publiques de simplification au plan international, il s'agirait de reporter la complexité sur les services, en partant du niveau de base, l'organisme, la caisse, l'établissement, puis en agrégeant cette démarche au niveau du secteur, de la branche, de l'administration compétente. Ce n'est d'ailleurs qu'à cette condition que les coopérations transversales, sans préjudice des difficultés juridiques éventuelles, liées aux fichiers, pourront intervenir dans un sens positif pour les usagers : on ne saurait en effet attendre des progrès décisifs de ce travail en réseau, si chaque composante n'a pas, au préalable, réalisé des avancées majeures en interne.

### Coordonner : une fonction à assumer ou supprimer

L'IGAS l'a relevé à plusieurs reprises à l'occasion du présent rapport. La valeur ajoutée de la coordination est en général élevée dans la sphère sanitaire et

<sup>2</sup> En évitant ainsi certaines situations extrêmes, qui conduisent, par exemple, à expédier par voie postale un imprimé sur lequel l'usager doit indiquer... son adresse.

sociale, en raison de son extrême morcellement. Pour autant, les expériences conduites n'ont pas toujours de portée significative. Le poids des organisations, le choix des personnes et leur nombre sont autant de facteurs naturellement importants en ce domaine. Il n'est pas rare, on l'a dit, que le « partenariat » tende à s'étioler, que l'énergie déployée pour le négocier épuise la capacité de mobilisation des acteurs à le mettre en application, de sorte que plusieurs expériences tournent court ou se diluent dans un formalisme plus ou moins stérile. C'est pourquoi, là encore, une certaine prime doit être donnée à l'initiative locale, des marges de manœuvre accordées dans le cadre d'orientations nationales, lorsqu'elles existent, et, symétriquement, une évaluation menée, dont seront tirées les conséquences, par exemple en termes d'allocations de ressources. Idéalement, il conviendrait de réduire en amont le besoin de coordination, ce qui suppose un travail de détection, où l'échelon local a encore un grand rôle à jouer, des superpositions ou doublons de procédures. Les échanges d'information, le développement des accueils conjoints, la mise au point de procédures communes dans certains cas, sont de nature à régler en amont nombre de situations, et donc à limiter la nécessité, en aval, d'une remise à plat souvent fastidieuse, et plutôt mal vécue pour l'utilisateur, confronté à une démarche de plus devant l'organe ou le dispositif de coordination.

### **Viser un jeu gagnant-gagnant pour les usagers et les agents**

Cette pétition de principe doit devenir un principe d'organisation. En fait, toute simplification, quelle qu'en soit la portée, voit ses effets décroître en cas de distorsion entre l'intérêt de l'utilisateur et les besoins du service. Une mesure de simple rationalisation technique ou financière a ainsi toute chance de provoquer des réactions négatives des usagers et, partant, d'engendrer des retards, voire des surcoûts qui annihilent les effets recherchés, notamment quand il s'agit de déplacer une procédure : de même, un allègement de contraintes pesant sur l'utilisateur, qui va se traduire par un surcroît de charges pour les services, sera rapidement hypothéqué, voire remis en cause par les pratiques quotidiennes. Pour les organismes sociaux, au sens large, simplifier nécessite le plus souvent un lourd investissement préparatoire, surtout si des économies de gestion sont attendues.

## **Moderniser**

### **Améliorer le langage administratif**

Les services, quels qu'ils soient, entretiennent un important flux d'échanges écrits avec leurs usagers. Si elles ne sauraient se limiter à ce domaine particulier, les simplifications y trouvent néanmoins un point essentiel d'application.

## Les formulaires et documents annexes

La France est, traditionnellement, dotée d'un imposant appareil de formulaires administratifs, dont les organismes du secteur social sont des producteurs et utilisateurs particulièrement importants. Depuis peu, des règles strictes ont été imposées aux administrations et aux organismes placés sous leur tutelle, notamment par le décret du 2 décembre 1998. De fait, la commission pour les simplifications administratives (COSA) est désormais chargée d'homologuer les formulaires, sur la base de critères rigoureux, notamment leur légalité et leur lisibilité. Dans le souci de valoriser les bonnes pratiques, cette instance attribue, aux documents les mieux conçus, un label de qualité « Administration 2000 » et fournit des outils pratiques aux services concepteurs. Plus généralement, elle s'attache à améliorer chacun des formulaires en vigueur, mais aussi les documents annexes (notices, lettre d'envoi, liste des pièces justificatives...) tout aussi déterminantes pour l'utilisateur, sans perdre de vue la nécessité d'une meilleure cohérence du système dans son ensemble.

Dans le domaine social, si certains organismes ont acquis une bonne maîtrise en ce domaine (notamment la CNAF, qui a bénéficié du label précité pour une téléprocédure relative à l'allocation de logement étudiant), force est de constater que beaucoup reste à faire, en raison même du public visé. Ainsi, le travail en cours sur la refonte de l'ensemble des documents ayant trait aux prestations familiales, ou des formulaires relatifs aux minima sociaux, doit-il être encouragé, puisqu'il est susceptible de marquer une avancée décisive. Dans le même esprit, l'IGAS préconise que, sur une base volontaire, les régimes conventionnels non soumis aux dispositions du décret de 1998, aient recours à l'expertise de la COSA, pour leurs propres imprimés (ARRCO, AGIRC, UNEDIC...). En effet, la nécessité de revoir certaines formulations revêt, dans bien des cas, un enjeu plus large, qui conduit à remettre en cause une procédure obsolète. L'IGAS a ainsi relevé, dans le cadre de son enquête dans le secteur des retraites, combien la procédure de vérification du non-décès de personnes recevant des pensions de régimes étrangers pouvait être mal vécue : conformément aux dispositions du décret du 26 décembre 2000, qui a supprimé les fiches d'état civil et justificatifs de domicile, les régimes concernés ont conçu, sous l'égide de la COSA, un document simple qui, tout en satisfaisant les obligations fixées par ces autorités étrangères, a pu être délesté d'un style et de mentions dépassés. Cet exemple ne doit pas rester isolé, et indique que chacun des réseaux peut toujours, et doit, procéder à un examen régulier de son « stock » de documents, afin de concevoir et proposer les adaptations rendues nécessaires au fil du temps et au vu de l'expérience des procédures en cause.

Le langage administratif met toutefois en jeu une gamme plus large de documents écrits, à commencer par les correspondances, et les notifications, souvent absconses, émises par les différents réseaux. La décision récente (CIRE d'octobre 2000) de mettre en place une réflexion d'ensemble sur la qualité de la réglementation d'une part, celle du langage administratif d'autre part, s'inscrit

dans une logique de ce type, d'ailleurs largement à l'œuvre hors de France. Il est recommandé que les organismes faisant l'objet de la présente enquête y soient étroitement associés, compte tenu de la place qui est la leur dans ce domaine, et que le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, qui en assure la tutelle, joue pleinement son rôle fédérateur sur ce plan.

---

### Écouter les usagers

Parmi les bonnes pratiques en cours de développement, il ne fait pas de doute que le recueil des attentes et des difficultés des usagers fait partie des plus prometteuses. En matière de conception de formulaires, les techniques d'échantillonnage permettent en effet assez aisément, de constituer des groupes témoins, en vue de mettre à l'épreuve, concrètement, des documents administratifs. La CNAF a d'ores et déjà initié une procédure de tests à grande échelle, en vue de la refonte du dossier de prestations familiales, précitée, anticipant ainsi une démarche plus générale, de même nature, pilotée par la COSA. Tout plaide, en matière sociale, pour que chaque institution adopte la même démarche, afin de nourrir un projet de formulaire, y compris quand le document ne relève pas d'une obligation d'homologation, mais apparaît comme digne d'intérêt au regard de sa sensibilité pour l'utilisateur. Idéalement, aucun support de ce type ne devrait à l'avenir être diffusé, sans avoir fait l'objet de cet investissement en amont et bien entendu d'une démarche d'évaluation conduite auprès des autres utilisateurs fondamentaux que sont les agents en charge de l'accueil, sous toutes ses formes, de la liquidation, ou de l'accompagnement.

## Pour un bon usage des NTIC

L'explosion des nouvelles technologies, et principalement d'internet, introduit une novation majeure dans l'appréhension de ces questions, sans que ses limites véritables ne soient convenablement perçues.

---

### Des progrès à confirmer

Depuis le lancement du programme gouvernemental pour la société de l'information (PAGSI), la France, a connu de très rapides progrès, en matière de sites publics, accompagnant le développement, tout aussi marqué, des services offerts par les organismes relevant de la sphère privée. Ainsi, par exemple, le lancement du portail de l'administration ([service-public.fr](http://service-public.fr)) en octobre 2000, riche de près de 800 formulaires, dont tous les plus courants, et de plus de 1 000 fiches pratiques, ou d'un annuaire très complet de l'ensemble des services, offre une série de ressources considérables aux usagers, particuliers mais, aussi professionnels. Le développement des téléprocédures, permettant non seulement de remplir un dossier en ligne, mais de bénéficier d'une aide interactive,

constituera la prochaine étape marquante de cette montée en charge, encore partielle. D'ores et déjà, outre ces progrès technologiques, à portée de mains, il semble important de bien veiller à la qualité des informations diffusées et à leur cohérence (notamment la nécessité de garantir qu'un formulaire mis en ligne sur un site public local correspond bien à la version adéquate et n'induit pas l'utilisateur en erreur).

### **Apprécier les véritables risques de dérive**

S'agissant des institutions sociales, la tentation est grande de ne pas recourir aux NTIC pour des motifs tirés du risque de fracture numérique. Ce risque est réel, surtout dans le cadre de prestations ayant la nature d'un minimum social. Cependant, on remarquera, d'abord, qu'on ne saurait, sous prétexte de difficulté sociale, laisser à l'écart du progrès des services les populations en difficulté. En outre, plusieurs tiers intervenants se trouvent appuyer leurs démarches, et voir leur action facilitée par des nouveaux outils (notamment les travailleurs sociaux). Enfin, et surtout, on constate que la « discipline » des NTIC, telle que la mise en ligne des formulaires, crée une prise de conscience, parmi les services, qui les conduit aussi, souvent, à revoir leurs documents papiers traditionnels. Plus exigeante en termes de lisibilité, plus valorisante pour les opérateurs, cette diffusion électronique rétroagit positivement sur l'ensemble de la chaîne, et donc sur tous les usagers. Cette obligation de mise en ligne, qui n'est d'ailleurs pas uniformément respectée, constitue en réalité un atout pour toute politique intégrée d'amélioration de l'accès à l'information. Au total, les institutions sociales constituent donc, inévitablement, un important gisement de simplifications, dans tous les domaines, ce qui correspond bien aux attentes des usagers, quelles que soient, encore, les imperfections des outils de mesure sur ce plan. Sans préjudice des progrès indispensables, à accomplir au niveau des textes, des améliorations simples et accessibles, d'une grande portée pratique, notamment en matière de formulaires, sont donc à la fois nécessaires et possibles.

## Chapitre 4

# Permettre aux usagers d'exercer leurs droits

**L**e droit social, doit être aussi rigoureusement appliqué que le droit fiscal et le droit privé par exemple, en particulier quand les usagers n'ont pas pu exercer leurs droits du fait d'erreurs ou de mauvaise information.

Le droit de recours des usagers doit être reconnu par l'établissement d'une juridiction sociale efficace.

## Réparer les préjudices

### Réparer le préjudice subi par l'assuré lésé par une faute de l'organisme de retraite

La faute d'un organisme de sécurité sociale (notamment le défaut d'information) peut faire l'objet d'une action en réparation auprès d'une juridiction civile ; cette procédure est longue, peu connue des assurés et peu utilisée. Le constat n'est donc pas très satisfaisant du point de vue de l'utilisateur, ce d'autant plus que les objectifs affichés de qualité de service ne font actuellement l'objet d'aucune sanction. Il faudrait que soit mise en place une procédure plus légère et systématique, dès lors que la caisse n'a pas rempli ses obligations ou engagements, prévoyant une actualisation des allocations versées avec retard - à l'instar de ce qui est prévu dans les régimes complémentaires - ou le versement d'intérêts moratoires, et, le cas échéant (demande tardive imputable au défaut d'information), d'un assouplissement de la réglementation relative à la rétroactivité.

### Améliorer le traitement des indus des allocations d'isolement

Le nombre d'indus détectés pour l'allocation de parent isolé se montait en 1999 à 267 954 qui représentaient 5,8 % des prestations payées. Dans leur grande part ces indus sont récupérés sur d'autres prestations. Néanmoins le taux

de « fraude », c'est-à-dire de fausse déclaration, notamment d'isolement, est faible : alors même que l'API et l'ASF représentent ensemble 23 % des fraudes aux prestations familiales, le nombre de cas reste réduit : 195 usagers ont fait une fausse déclaration ou ont omis de déclarer un changement de ressources ; 368 personnes n'ont pas déclaré une vie maritale constatée par l'organisme. Pour le RMI, le nombre de mauvaises déclarations de ressources était de 531 et de non déclaration de vie maritale de 166. On constate donc que pour les prestations d'isolement, c'est la déclaration de la vie maritale qui constitue le principal point d'achoppement entre l'organisme et l'utilisateur.

S'il ne lui paraît pas fondé d'abandonner le contrôle de ce critère d'isolement, tant qu'il figure dans le droit positif, l'IGAS recommande en revanche qu'il soit établi sur des bases incontestables en droit, et notamment qu'il existe une véritable équité entre droits et devoirs imposés à un bénéficiaire. L'IGAS préconise une politique de prévention très active des erreurs de l'utilisateur. Les usagers potentiels d'allocations complexes, comprenant à la fois un calcul des ressources, une définition du foyer, des conditions d'activité, une définition des liens entre les personnes, voire d'autres critères liés à l'état de santé de la personne, à la situation et à l'état de son logement etc., devraient bénéficier d'une information et d'un accueil semblables à ceux qui ont été mis en place par les ASSEDIC. Un accueil collectif permettrait aux usagers de moins se ressentir comme des « cas » ; un accueil individuel favoriserait la validation immédiate des différents renseignements et l'interprétation que fait l'utilisateur des différents critères. En effet, une partie des mauvaises déclarations se situe sans doute dans cet intermédiaire entre la fausse déclaration intentionnelle et le défaut de compréhension réel. Bien évidemment une telle politique déclarative aurait d'autant plus d'effets que les critères retenus pour attribuer telle ou telle prestation seraient plus simples et plus neutres quant au choix de vie des personnes. C'est pourquoi, l'IGAS estime qu'à terme, le critère d'isolement réel (et non pas d'isolement juridique, c'est-à-dire de non mariage ou de veuvage) ne devrait plus être pris en compte. Pour ce qui est du traitement de la fraude, l'inspection estime que seuls les cas de fraude intentionnelle devraient être poursuivis pénalement. Y compris dans ce cas, la récupération des indus devrait respecter autant que faire se peut les capacités financières du débiteur, même si les textes prévoient la possibilité, de les récupérer en saisissant jusqu'à 100 % des prestations. D'autre part l'exclusion de toute possibilité de remise de dette ne devrait être appliquée qu'en cas de fraude constatée par une juridiction pénale ou civile.

## Des juridictions sociales efficaces

Les juridictions sociales doivent impérativement voir améliorer leur organisation et leur fonctionnement. En effet, l'état actuel de ces juridictions n'est pas

acceptable, cette situation ayant fait l'objet de condamnations par la Cour européenne des Droits de l'homme, probablement appelées à se multiplier.

Les objectifs d'une telle réforme doivent être clairement affirmés, plusieurs scénarios d'organisation étant toutefois possibles. Aucune réforme ne peut faire l'économie du renforcement des moyens affectés au fonctionnement de ces juridictions.

## **Affirmer des objectifs forts**

### **Une indépendance mieux assurée**

Les organes de première instance ne sont pas réellement dotés d'une structure indépendante, on l'a vu. Leurs membres ne sont pas en cause au plan professionnel, mais tant la réalité de leurs statuts que l'organisation institutionnelle sont contraires à l'objectif recherché. Pallier cette situation implique des tribunaux ne dépendant plus de l'administration sociale, le recours à des juges et des greffes relevant du ministère de la Justice, une totale indépendance des rapporteurs, commissaires du gouvernement et des juges par rapport aux services dont les décisions font l'objet du recours.

### **Une meilleure accessibilité**

Les tribunaux compétents doivent être connus des parties, des usagers en particulier. Un seul tribunal devrait être compétent par affaire. Les voies de recours doivent être simples, le formalisme réduit, par exemple les mandats sur papier libre acceptés, les représentations par des personnes mandatées à l'audience admises, la dispense du ministère d'avocat prévue.

### **Une compétence des juges renforcée**

Les tribunaux, juges et personnes nommées par échevinage doivent connaître le droit qu'ils sont chargés d'appliquer ; les personnes qualifiées doivent convenablement appréhender le secteur dans lequel il est appliqué ; ceci requiert un vigoureux effort de formation initiale et continue.

### **Des jugements plus rapides et de qualité**

On l'a vu, dans certains cas, les délais de jugement notamment en appel, peuvent atteindre de six ou sept ans. Pour ne pas sacrifier la qualité à la productivité, il faut impérativement renforcer les moyens des juridictions sociales. Il n'est plus admissible qu'elles fonctionnent uniquement avec des juges qui exercent cette fonction à titre secondaire ou comme retraités.

## Réformer l'organisation des juridictions sociales

L'inspection propose deux scénarios alternatifs de réforme : construire une juridiction sociale spécialisée dans le domaine de l'aide sociale et de la protection sociale, troisième ordre de juridiction ou chambre spécialisée d'une des deux ordres ; intégrer les juridictions spécialisées, en sécurité sociale dans les tribunaux de droit commun judiciaires et celles de l'aide sociale dans les juridictions administratives.

### Envisager la constitution d'une juridiction sociale spécialisée

La répartition du contentieux de l'aide sociale et de celui de la sécurité sociale entre les juridictions judiciaires et administratives n'obéit à aucune règle inviolable : la matière de ces contentieux n'appartient pas à celles que le Conseil constitutionnel a déclarées relevant par nature du contentieux administratif, bien qu'elle soit aussi, à l'évidence, assez éloignée du contentieux civil, notamment commercial.

Créer des tribunaux des affaires sociales d'instance et d'appel, compétents pour tout ce qui relève de la protection sociale, y compris l'aide sociale, la protection complémentaire et l'indemnisation du chômage, permettrait d'atteindre un seuil critique, capable d'attirer des professionnels dans et autour de ces juridictions, juges, avocats, enseignants et étudiants. Cette juridiction devrait dépendre d'une instance de Cassation, composée spécifiquement, de magistrats de la chambre sociale actuelle et de conseillers d'État, spécialisés dans ce droit. Les magistrats professionnels devraient être recrutés parmi les membres des juridictions administratives et judiciaires actuelles, un recrutement exceptionnel étant ouvert à des fonctionnaires du secteur sanitaire et social. L'enseignement devrait être organisé par l'École nationale de la magistrature, en faisant appel aux enseignants actuels de droit social.

Cette réforme pourrait se faire sans envisager la création d'un ordre de juridiction nouveau, mais en choisissant de confier tout le contentieux de la protection sociale, de l'aide sociale et de l'incapacité soit aux TASS, soit aux tribunaux administratifs. Cette solution ne serait viable qu'à condition de doter ces tribunaux des moyens nouveaux nécessaires. Il est clair que le type de travail effectué dans les tribunaux administratifs correspond à l'examen approfondi des dossiers nécessaire à ce type de contentieux.

### Une solution alternative : confier le contentieux social aux juridictions de droit commun

Cette proposition, *a priori* d'ampleur plus modeste, permettrait néanmoins de faire relever le contentieux social de véritables juridictions : les tribunaux ci-

vils, d'instance et Cours d'appel pour le contentieux de la sécurité sociale et le contentieux de l'incapacité, tribunaux administratifs pour le contentieux de l'aide sociale.

Néanmoins cette solution souffre d'inconvénients majeurs, plus encore en matière de sécurité sociale que d'aide sociale et risque de ne pas améliorer le traitement des usagers, surtout les plus démunis. En effet, si tout le contentieux de l'aide sociale était attribué aux tribunaux administratifs, il représenterait une trop faible part de leur charge pour justifier la création d'une section spécialisée. Or le droit de l'aide sociale est un droit spécialisé. D'autre part, le risque serait grand que le tribunal administratif exige un grand formalisme dans les recours, dissuasif pour le type de requérants de l'aide sociale.

Une solution alternative satisfaisante serait de donner une compétence interrégionale aux six tribunaux administratifs situés dans le ressort d'une cour administrative d'appel, de manière à pouvoir y créer une section de l'aide sociale. Cette section sociale pourrait être compétente également pour les litiges relatifs à la tarification des établissements conventionnés avec l'aide sociale, actuellement examinés en première instance par des commissions de tarification interrégionale.

Confier le contentieux de la sécurité sociale, de l'incapacité et de l'indemnisation du chômage aux tribunaux de droit commun est une solution qui présente l'avantage de professionnaliser les TCI et de rendre les TASS plus indépendants. Mais cette solution ne satisferait aux objectifs énoncés ci-dessus qu'à la seule condition de les doter d'un nombre suffisant de juges et de greffiers bien formés.

### **Aménager l'organisation existante, une solution d'attente**

L'inspection estime qu'au terme de la décennie, il faudra avoir réformé les juridictions sociales dans l'une des deux voies évoquées ci-dessus. Certains aménagements doivent cependant être apportés de manière immédiate.

Même si les tribunaux du contentieux de l'incapacité fonctionnent relativement bien, il est nécessaire de les réformer. En fait, il s'agit surtout d'organiser le débat entre experts médicaux et il importerait que l'impartialité soit garantie par la présidence d'un magistrat. C'est pourquoi, l'inspection n'est pas favorable à la transformation des TCI en simples commissions administratives de recours.

Il faut réformer les commissions départementales d'aide sociale pour éviter la tentation d'une mauvaise interprétation des textes et le soupçon d'une influence des payeurs. Pour ce faire, il serait possible de remplacer les élus et les représentants de l'État par des personnes qualifiées, voire des représentants des usagers ; de conserver comme rapporteurs les fonctionnaires à condition de ne pas désigner comme rapporteur du recours celui qui a instruit le dossier et d'exi-

ger la présence systématique du commissaire du gouvernement, extérieur aux services de l'aide sociale (magistrat du tribunal administratif, inspecteur d'un autre service, voire de la DRASS). Enfin il serait plus logique de faire présider ce tribunal d'instance par un magistrat du tribunal administratif. Cette solution aurait l'avantage de « libérer » un magistrat judiciaire supplémentaire pour le TCI rénové.

Les tribunaux des affaires de sécurité sociale sont des véritables tribunaux, échevinaux, leur indépendance doit être renforcée. Si le magistrat qui les préside est assidu et a une certaine permanence, il se familiarisera avec la spécificité de la matière. La représentation paritaire permet, pour nombre de contentieux, notamment ceux touchant à l'accident du travail et à la définition de la faute inexcusable, de recueillir l'avis éclairé de personnes connaissant assez bien la réalité de l'entreprise pour pouvoir la juger.

## **Renforcer les moyens des juridictions dans tous les cas**

Que l'on crée une juridiction spécialisée pour tout le contentieux de la protection sociale et de l'aide sociale, ou que l'on choisisse une des deux autres solutions, despécialisation ou aménagement de l'existant, il importe de renforcer très nettement les moyens de toutes ces instances.

### **Créer des postes de magistrats, en nombre significatif**

Il faut sans doute créer l'équivalent de vingt postes de magistrats administratifs pour le contentieux de l'aide sociale, et de vingt postes de magistrats judiciaires pour le contentieux de la sécurité sociale. Il faudrait fournir autant de postes de greffiers et les postes de secrétariats correspondants. Un certain nombre de ces postes pourraient être redéployés du ministère de l'Emploi et de la Solidarité vers le ministère de la Justice, à condition de viser l'intégration dans les corps correspondants de ce département. Quelle que soit la solution adoptée, il faudrait ouvrir un concours exceptionnel pour pourvoir ces premiers postes.

### **Renforcer la formation initiale et continue des magistrats, des assesseurs et des greffiers des juridictions sociales**

Dans le même esprit que les voies de réforme exposées, il est nécessaire à la fois de doter ces juridictions de magistrats professionnels et de leur conserver un aspect échevinal. Mais ces deux types de juges, le juge professionnel et le juge qualifié, doivent bénéficier d'une formation d'adaptation à l'emploi, à tout le moins.

## Réformer et renforcer le recours à l'expertise médicale

L'expertise médicale souffre souvent d'une excessive concentration : pour certains médecins, l'expertise devient une part importante, voire essentielle de leur activité. Outre le fait que l'on peut se demander s'il est bien compatible avec l'indépendance nécessaire au médecin qu'une trop grande partie de son revenu provienne d'une telle activité, il est clair que seule une pratique clinique importante peut fonder l'expertise. C'est pourquoi il paraîtrait préférable que tous les médecins cliniciens, libéraux et hospitaliers aient vocation à être experts, selon leurs titres et leurs spécialités ; qu'ils soient désignés de manière tournaante ; qu'il leur soit offert des outils d'expertise et notamment l'accès à une banque de données expertales, nationales et internationales. Il semble préférable enfin de prévoir une liste départementale d'experts par spécialités, dans laquelle les juges puiseraient, selon un ordre prédéfini.

## Faire de la jurisprudence une source de droit

Les organismes payeurs, l'État, les départements, les organismes de sécurité sociale doivent appliquer la jurisprudence. Il est donc indispensable qu'ils la connaissent. La collation et la diffusion des grands arrêts du droit social devraient faire partie des missions du ministère compétent. La jurisprudence doit être une source du droit, au même titre que les lois et règlements, clairement distinguée des circulaires ministérielles et a fortiori des normes internes aux organismes. La jurisprudence doit devenir une base du contrôle de légalité des décisions des commissions de recours amiable par les DRASS et l'administration centrale. L'étude de l'évolution jurisprudentielle doit nourrir le débat sur l'évolution législative. À ce titre, il pourrait être intéressant que la Cour de Cassation, la section des Études du Conseil d'État publient à une périodicité donnée (tous les trois ans par exemple) un rapport public (ou au Parlement) sur l'application des lois. En effet, le contentieux permet d'évaluer assez finement si une loi est appliquée et si elle reste applicable. Ces rapports auraient aussi pour effet d'augmenter l'attractivité de ces matières, trop souvent méconnues ou mésestimées par les juristes. Il serait nécessaire que le ministère responsable s'occupe de promouvoir les études juridiques d'aide sociale et de sécurité sociale : en renforçant les enseignements dispensés dans les écoles de la sphère : École nationale de la santé publique, Centre national d'études de sécurité sociale, Institut national du travail, mais aussi dans les autres écoles formant à des carrières publiques administratives ou juridictionnelles : École nationale de la magistrature, École nationale d'administration. Tous les moyens habituellement utilisés pour promouvoir l'intérêt pour ces matières doivent être déployés : bourses pour des chercheurs, organisations de séminaires, de colloques, etc. Une agrégation de droit social devrait être créée à l'université.

Le droit de la sécurité sociale et le droit de l'aide sociale sont des droits des personnes et non pas des codes de procédures à destination des gestionnaires ;

il importe pour cela que la fonction contentieuse ne soit plus considérée comme inutile et inintéressante. En effet, le juge trouve, dans ce domaine aussi, sa pleine place au service du droit des personnes. À l'évidence, une telle approche relève d'un effort d'ensemble, de niveau interministériel.

## **Faciliter l'exercice du droit de recours**

Il est souvent avancé qu'il faudrait éviter les contentieux en rendant les recours difficiles pour les usagers. Une telle attitude n'est ni acceptable, ni de l'intérêt des organismes.

### **Expliquer les décisions, pour éviter les contentieux inutiles**

De la notification de la décision à celle de la décision de justice, à chaque niveau, tout doit être mis en place pour que l'utilisateur comprenne quelle est la règle de droit applicable à son espèce et quels sont les motifs de droit et de fait de la décision prise.

Au moment de la notification d'une décision, toute décision de refus et toute décision dans laquelle la prestation maximale n'est pas attribuée, devraient donner lieu à notification convenablement expliquée, ce qui nécessite :

- de soumettre les modèles informatiques à une commission d'utilisateurs, non-spécialistes ;
- de traduire le langage juridique en termes compréhensibles par tous.

### **Faciliter le recours, qui est un droit de l'utilisateur**

Il faut que la décision parvienne bien à l'intéressé, qu'il la comprenne, qu'il sache quelles sont les voies et moyens de recours, ce qui suppose d'envoyer en recommandé les décisions de refus et préciser les voies de recours. Préciser les voies et moyens de recours ne doit pas être, en effet, une simple obligation formelle. Il faut que l'utilisateur sache exactement ce qu'il peut contester en droit et ce qu'il ne peut pas contester, que les voies de recours lui soient indiquées avec précision, y compris l'adresse exacte des autorités qu'il doit saisir pour un recours, y compris la possibilité d'attaquer l'organisme pour défaut d'information.

### **Supprimer la dissuasion systématique**

Les voies de recours doivent être précisées sans être assorties, à aucun stade de la procédure, d'une dissuasion systématique ; il est toujours temps, au cas où un utilisateur ferait un recours manifestement abusif, que le greffe l'informe des risques de sanction.

## Unifier les procédures

Même si la proposition de constitution d'une seule juridiction spécialisée ne devait pas être retenue, il serait important qu'un effort soit fait pour unifier les procédures de recours pour toutes les juridictions compétentes en matière de protection sociale : obligation ou non d'un recours administratif préalable ; délais de recours ; dispense de ministère d'avocat, etc. Le principe, selon lequel un recours mal dirigé doit être réorienté par la juridiction qui le reçoit vers la juridiction compétente, devrait être appliqué systématiquement et inscrit dans la loi.

## Conclusion

Les propositions de l'IGAS énoncées dans ce chapitre décrivent une méthode administrative et politique. Les modifications législatives et réglementaires proposées visent à clarifier et simplifier les textes, et non à en ajouter de nouveaux.

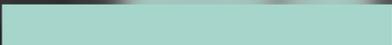
Mais pour l'essentiel ce sont l'organisation, le management, la conduite de projets qui permettront une mise en œuvre effective des droits des usagers.

En effet il faut maintenant que le défi du traitement de masse a été relevé, introduire suffisamment de souplesse et d'humanité dans la gestion des organismes et services publics sociaux pour qu'ils soient au service de tous les usagers.

# Conclusion générale

Les constats et propositions présentés par l'IGAS dans le cadre du présent rapport annuel, issus d'une série d'enquêtes de terrain, ne visent pas à renouveler en profondeur des analyses, multiples, déjà disponibles sur les problématiques de traitement des usagers, au sens large, en particulier dans le cadre des services publics sociaux. L'objectif suivi consistait davantage à remettre en perspective des approches trop souvent segmentées (institutionnelles, juridiques, organisationnelles, financières...) et à établir des comparaisons entre des secteurs rarement analysés en parallèle, en dépit de leur importance majeure, au quotidien, pour nos concitoyens : l'hôpital, la sécurité sociale, l'administration du travail, les juridictions sociales, notamment. Le premier enseignement de portée générale qui en ressort, est évidemment que la valeur d'un texte se juge à son application effective, et aux effets des « dispositifs » qui en résultent. Ainsi, dans la sphère sociale, changer de comportement au jour le jour, prendre en considération les usagers comme ils sont, comme des « personnes globales » et non pas uniquement comme une somme de problèmes, un cumul de handicaps, implique sans doute d'abord d'éviter un certain enfermement des institutions sur elles-mêmes. Or leur spécialisation croissante tend à fragmenter les procédures, les statuts, les organisations de travail, les critères de jugement et, partant, les traitements appliqués aux usagers. L'affirmation d'une identité de chacun des grands réseaux, l'assurance maladie ou l'assurance vieillesse, l'assurance chômage, par exemple, heureuse à bien des égards, ne contribue pas spontanément à jeter des ponts entre eux. Il en va de même entre les grands secteurs, tels que le travail, la santé, la protection sociale ou l'aide sociale, où se superposent à des clivages fonctionnels des régimes juridiques le plus souvent étanches. Or, le « parcours » de l'utilisateur est de plus en plus fréquemment transversal, au moins sur la durée, de sorte qu'il se heurte, parfois violemment, dans le cas des publics les plus exposés, à ces rigidités souvent dirimantes, que la lente montée en puissance des politiques partenariales peine à pallier efficacement. Dès lors, le symptôme prend le pas sur l'approche globale de la personne, et les habitudes institutionnelles deviennent autant de freins à l'innovation. Il est certain que la première voie de progrès serait ici de favoriser la mobilité entre les personnels et les cadres des différents organismes, aujourd'hui réduite à sa plus simple expression, y compris au sein de « familles » professionnelles homogènes, notamment la sécurité sociale ou le milieu hospitalier. Par ailleurs, et à plus court terme, il conviendrait d'organiser beaucoup plus systématiquement, ceci à tous les niveaux, national, régional, départemental et communal, des réunions régulières, dans lesquelles les cadres, mais aussi les agents des services du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, de la sécurité sociale, de l'aide et de l'action sociale et du soin puissent confronter leur manière de traiter des

problèmes qui leur sont communs : la prise en charge des usagers SDF ou très désocialisés, le traitement des ruptures professionnelles, familiales, des situations de mobilité. Un autre enseignement majeur tiré de cette enquête est la nécessité avant toute intervention opérationnelle de s'adjoindre un regard de l'utilisateur. Le remplacement des systèmes informatiques, l'amplitude horaire d'ouverture des services, leur accessibilité, la modification des règles, la prise en charge des changements de situation ne sauraient désormais être envisagés, avec un souci d'opérationnalité, en faisant l'économie de cette démarche qualité. Faire entrer ce regard dans l'administration, au-delà des enquêtes de satisfaction, des sondages ou de la représentation par des organisations, ne constitue plus un obstacle majeur. Les usagers peuvent être reçus collectivement, être interrogés sur la lisibilité des textes et des documents qui leur sont destinés, voire sur l'efficacité de certaines mesures. Il peut aussi exister des commissions d'utilisateurs, des concours d'utilisateurs, des évaluations par les usagers de la qualité du service rendu etc. Surtout, ces démarches, si elles gagnent généralement à être appuyées au plan national, comme en attestent certaines expérimentations en cours dans le cadre du processus de réforme de l'État, trouvent tout leur sens lorsqu'elles s'incarnent au niveau local, au plus près des besoins. C'est en quelque sorte une inversion du regard que réclame la satisfaction des usagers du troisième millénaire : non plus une organisation qui définisse *a priori* leurs besoins et la meilleure manière d'y répondre, fût-ce, le plus souvent, avec dévouement, mais des services à l'écoute soucieuse du service attendu, du service dû, même aux usagers les plus éloignés de l'institution. Il va de soi que l'évaluation des politiques et des services publics ne peut ni ne doit rester à l'écart de cette exigence. Si le niveau de l'accueil et du traitement de l'utilisateur ne saurait à lui seul satisfaire aux critères de régularité, voire de qualité du service rendu, il est appelé à devenir un facteur majeur d'appréciation. Compte tenu de son rôle de contrôle supérieur de l'ensemble des organismes et institutions du champ social, l'IGAS est depuis longtemps sensibilisée à cette dimension stratégique, quelles que soient, il est vrai, les difficultés méthodologiques qu'elle soulève. Au terme de son enquête, son attachement à ce que toute sa place soit donnée à la notion de service (rendu, attendu, dû) aux usagers se trouve encore renforcé, non seulement à travers des enquêtes thématiques régulières sur ce thème, mais surtout en l'incorporant systématiquement à l'ensemble des démarches contractuelles et, a fortiori, aux projets de réforme conduites par les pouvoirs publics dans le cadre de leur rôle de régulation. Les services publics sociaux sont donc placés face à une haute et difficile exigence, qui constitue pour eux, dans le même temps, une formidable opportunité. Il fait peu de doute que de leur capacité individuelle et collective à se réformer pour répondre aux usagers dépend en très grande partie leur avenir : si l'IGAS peut ici avoir contribué à cette prise de conscience, la présente enquête aura trouvé toute son utilité.



# Annexes

# Annexe 1

## Enquête sur les relations des CAF avec les bénéficiaires de prestations d'isolement

Titre du rapport	Relations des CAF avec les bénéficiaires de prestations d'isolement (allocation de parent isolé, allocation de soutien familial et aide au recouvrement des pensions alimentaires).
Institutions concernés	Caisses d'allocations familiales.
Nature juridique	Organismes privés chargé d'une mission de service public
Nombre sur le territoire	125
Effectifs de personnels employés	Effectif total : 31 000 agents
Tutelle	Tutelle CNAF, État (DSS et direction du budget; DRASS).
Nature du service rendu à l'utilisateur dans l'enquête	Allocation de parent isolé(API): minimum familial de ressources pour une femme enceinte ou pour un parent seul à la suite d'un veuvage, d'une séparation ou d'abandon d'un montant au 1er janvier 2001 de 3 295 F pour une femme enceinte sans enfant, de 4 393 F pour un parent avec un enfant, plus 1 098 F par enfant supplémentaire; durée limitée à un an après l'isolement ou jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant; interruption si mariage, PACS ou vie maritale.Allocation de soutien familial(ASF): ouverte à un allocataire ayant la charge effective et permanente de l'enfant, au titre d'un enfant orphelin ou dont la filiation n'est pas établie à l'égard de l'un de ses parents ou des deux et lorsqu'un des deux parents, suite à une séparation, ne fait pas face à son obligation alimentaire; la prestation est forfaitaire et d'un montant de 494 F si un seul des parents fait défaut; interruption si mariage, PACS ou vie maritale du parent bénéficiaire; allocation recouvrable par la CAF sur le parent débiteur d'une pension alimentaire. Aide au recouvrement d'une pension alimentaire non payée et versement le cas échéant à titre d'avance de l'allocation de soutien familiale ou d'une allocation différentielle.
Coût total par an en 1998	API: 4 601 millions de F. ASF: 5 522 millions de F.
Nombre d'utilisateurs par an au 31 décembre 1999	API: 167 024, soit 1,6 % des allocataires. ASF: 588 839, soit 5,8 % des allocataires.

## Annexe 2

### Enquête sur le traitement des plaintes et sollicitations en droit du travail

Titre du rapport	Traitement des plaintes et sollicitations en droit du travail
Institutions concernées	Services déconcentrés du ministère chargé du Travail (directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle). Services centraux du ministère chargé du Travail (Dagemo, direction des relations du travail, « Info Emploi »). Centres interministériels de renseignement administratifs (secrétariat général du Gouvernement SGG)
Nature juridique :	Administrations de l'État et prestataire de service « Info Emploi »
Nombre sur le territoire :	97 DDTEFP (métropole) 9 CIRA
Effectifs de personnels employés	8 500 agents dans les services déconcentrés du ministère chargé du travail dont 2 200 dans les sections d'inspection du travail. 24 agents dans le secteur travail des CIRA. 47 salariés à « Info Emploi ».
Tutelle	Ministère chargé du Travail pour les DDTEFP et « Info Emploi ». SGG pour les CIRA.
Nature du service rendu	Information - conseil. Intervention en entreprise en vue d'une médiation ou d'un contrôle.
Qualité de l'utilisateur	Salariés. Employeurs. Représentants du personnel. Experts comptables, cabinets de conseil. Représentants d'associations.
Nombre d'utilisateurs par an	Les sollicitations traitées par les services peuvent être estimées autour de 5 millions par an <sup>1</sup> .

<sup>1</sup> Cette estimation est fondée sur le nombre d'appels téléphoniques adressés aux structures nationales (source : bilan d'activité 1999 des CIRA et bilans d'« Info Emploi » de juillet 1999 à juin 2000), sur les statistiques de l'ensemble des sollicitations (visites, téléphone, courrier...) formulées auprès des services (renseignement et SIT) de 12 DDTEFP (432 885 sollicitations annuelles), sur une évaluation du nombre de courriers reçus au bureau du cabinet.

## Les flux annuels de sollicitations

	Nombre d'appels sollicités	Nombre d'appels traités	Nombre de mails traités (demandes de renseignement)	Nombre de visiteurs reçus	Nombre courriers traités
« Info Emploi » <sup>1</sup>	555 829	295 189	environ 1200	service non prévu	service non prévu
« Info Emploi 35 h » <sup>1</sup>	112 394	57 795	9 817	service non prévu	service non prévu
CIRA <sup>2</sup>	337 743 1	44 299	service non prévu	service non prévu	service non prévu
12 DDTEFP <sup>3</sup>	nc	291 978	service non prévu	98 993	42 924
• services de renseignement	nc	172 702	service non prévu	71 116	9 692
• sections d'inspection du travail	nc	119 276	service non prévu	27 877	33 232

<sup>1</sup> De juillet 1999 à juin 2000.

<sup>2</sup> Données 1999 pour les CIRA hors réseau. Le nombre d'appels reçus par le secteur travail n'est pas comptabilisé dans les trois CIRA fonctionnant en réseau. Le nombre total d'appels traités par les CIRA (réseau et hors réseau) dans le secteur travail était de 192 581 en 1999.

<sup>3</sup> Données annuelles des douze DDTEFP ayant communiqué des statistiques complètes lors de l'enquête de la mission.

# Annexe 3

## Enquête sur le passage à la retraite

Titre du rapport	Le passage à la retraite de l'usager du régime général, de l'ARRCO et de l'AGIRC.
Institutions concernées	Régime général : CNAVTS, quatorze CRAM, une CRAV, quatre CGSS. Régime ARRCO : la fédération ARRCO et les soixante-dix-neuf caisses gestionnaires. Régime AGIRC : la fédération AGIRC et les trente-sept caisses gestionnaires.
Nature juridique	Régime général : organismes de sécurité sociale. Régimes ARRCO et AGIRC : organismes de droit privé exerçant une mission d'intérêt général.
Nombre sur le territoire	<i>Cf. supra</i> : le nombre de caisses ARRCO et AGIRC évolue rapidement en raison des fusions entre caisses
Effectifs de personnels employés	Régime général : 13 245 personnes identifiées en « gestion administrative vieillesse » (cad hors action sanitaire et sociale, et œuvres) au 31 décembre 1998. Régime ARRCO : (non renseigné). Régime AGIRC : 3 790 ETP pour la gestion du régime (y compris action sociale) en 1999.
Tutelle	Sur les organismes du régime général : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de la sécurité sociale, et au niveau des caisses locales : les DRASS. Sur les caisses ARRCO et AGIRC : les fédérations ARRCO et AGIRC ont des pouvoirs de contrôle.
Nature du service rendu à l'usager dans l'enquête	Versement de la pension de retraite (pension personnelle ou de réversion).
Coût total par an en 1999	Montant des allocations versées : CNAV métropole : 355 milliards de francs. ARRCO : 161 milliards de francs. AGIRC : 88 milliards de francs.
Qualité de l'usager	Futur retraité (salarié du secteur privé, non agricole).
Nombre d'usagers par an	En 1999 (chiffres arrondis) : Liquidants droit direct - CNAV métropole : 480 000. ARRCO (estim.) : 480 000. AGIRC : 80 000. Cotisants (futurs retraités)- CNAV métropole: 14 500 000. ARRCO (estim.) : 15 600 000. AGIRC : 3 100 000.

# Annexe 4

## Enquête sur les relations des établissements de santé avec les usagers

Titre du rapport	Les pratiques des établissements de santé dans leurs relations avec les usagers. (Ne concerne que les établissements hospitaliers généraux, et pas les psychiatriques.)
Institutions concernées par l'enquête et nature juridique	Un centre hospitalier intercommunal, public, 120 lits et places. Un centre hospitalier, public, 1 418 lits et places. Un hôpital privé, associatif, participant au service public hospitalier, 274 lits et places. Un centre anti-cancéreux, privé, fondation, PSPH, 183 lits d'hospitalisation complète et 43 places en ambulatoire. Un établissement privé à but lucratif, 276 lits et places. Un établissement privé à but lucratif, 386 lits et places. Un établissement hospitalier, public, 850 lits et places. Un établissement CHRU, (de l'A P-HP), de structure monobloc, public, 1 013 lits, gynécologie obstétrique, ni pédiatrie Un CHRU, public, de structure pavillonnaire et multisites, 1 818 lits et places. Un CHRU, public, de 2 320 lits et places.
Nombre sur le territoire : au 1 <sup>er</sup> janvier 1998 <sup>2</sup> (nombre total des établissements du type de ceux enquêtés)	Publics : CHR : 29, pour 97 223 lits et places. Centres hospitaliers : 554, pour 242 448 lits et places. Privés : établissements de soins de courte durée : 1 096, pour 109 411 lits et places. En hospitalisation complète MCO : lits installés au 1 <sup>er</sup> janvier 1998, et intègre la lutte contre le cancer : Public : 160 505. Privé : PSPH : 18 563 ; non PSPH : 74 638.
Effectifs de personnels employés au 1 <sup>er</sup> janvier 1998 <sup>3</sup>	Public : Médecins : - temps plein : 38 734 ; - temps partiel : 8 613 ; - attachés : 33 941 ; - internes et FFI 18 447. Sages femmes : 6857 - temps plein : 4 747.

<sup>2</sup> L'ensemble des statistiques générales proviennent de, *Annuaire des statistiques sanitaires et sociales- 1999* ; le document 2000 ne donne pas ces informations là.

<sup>3</sup> Concernent l'ensemble des établissements de santé, y compris la psychiatrie.

**Infirmiers<sup>4</sup> : 184 745**

- *temps plein* : 143 082.

**Psychologues : 5 710**

- *temps plein* : 3 395.

**Privé :**

**Médecins :**

- *temps plein* : 3 703 (PSPH). 11 964 (non PSPH).

- *temps partiel* : 5 765 (PSPH). 32 849 (non PSPH).

- *occasionnels<sup>5</sup>* : 467 (PSPH). 24 287 (non PSPH).

**Sages femmes : 3 308**

- *temps plein* : 2 144.

**Infirmiers : 62 768**

- *temps plein* : 46 182.

**Psychologues : 1 536**

- *temps plein* : 411.

<b>Tutelle</b>	Ministère chargé de la Santé.
<b>Nature du service rendu à l'utilisateur dans l'enquête</b>	Diagnostic et soins à des usagers hospitalisés
<b>Coût total par an en 1998</b>	Soins hospitaliers et en section de cure médicalisées : 344 054 millions de F : - dont soins hospitaliers publics : 263 890. - dont soins hospitaliers privés : 69 625.
<b>Qualité de l'utilisateur</b>	Le tout venant, malade ou non.
<b>Nombre d'utilisateurs<sup>6</sup> par an :</b>	Hospitalisation complète (MCO) : 7 249 211 en public (entrées, statistiques au 1 <sup>er</sup> janvier 1998) : - 749 972 en PSPH ; - 3 949 654 en non PSPH. Alternatives à l'hospitalisation (hors psychiatrie, comprenant hospitalisation de jour et de nuit, et les venues en anesthésie ou chirurgie ambulatoire) : - 1 951 620 en public ; - 742 617 en PSPH ; - 2 719 929 en non PSPH. Consultations externes : - 45 076 580 en public ; - 5 686 544 en PSPH ; - 2 694 696 en non PSPH.

<sup>4</sup> Toutes qualifications et toutes fonctions confondues.

<sup>5</sup> Occasionnels dans le privé, il s'agit de libéraux non exclusifs à temps partiel.

<sup>6</sup> Une même personne pouvant être comptée plusieurs fois. Ce sont en réalité des séjours.

# Annexe 5

## Enquête sur l'usager face aux juridictions sociales

Titre du rapport	« L'usager face aux juridictions sociales »
Institutions concernées (ayant fait l'objet d'une analyse dans le rapport)	<p>Première instance :</p> <p>TASS : tribunaux des affaires de sécurité sociale (contentieux général de la sécurité sociale) ;</p> <p>TCl : tribunaux du contentieux de l'incapacité (contentieux de l'incapacité et de l'invalidité, accidents du travail) ;</p> <p>CDAS : commission départementale d'aide sociale (contentieux de l'aide sociale).</p> <p>Appel :</p> <p>CCAS : commission centrale d'aide sociale (contentieux de l'aide sociale) ;</p> <p>CNITAAT : cour nationale de l'incapacité et de la tarification des accidents du travail (contentieux de l'incapacité et de l'invalidité, accidents du travail).</p>
Nature juridique	Juridictions spécialisées de l'ordre judiciaire ou administratif.
Nombre sur le territoire	<p>TASS : 110 « régime général » + 85 « régime agricole ».</p> <p>TCl : 24 « régime général » + 24 « régime agricole ».</p> <p>CDAS : 98 (estimation).</p> <p>CCAS : 1 national.</p> <p>CNITAAT : 1 national.</p> <p>Total : environ 350 juridictions</p>
Effectifs employés	<p>TASS :</p> <p>Juges : 110 « régime général » + 85 « régime agricole » (estimation).</p> <p>Assesseurs : 3700 pour les deux régimes (estimation).</p> <p>Rapporteurs : 195 x 2,5 = 500 (estimation).</p> <p>Secrétariat : 195 x 2 = 400 (estimation).</p> <p>TCl :</p> <p>Juges : 1 x 50 = 50 (estimation).</p> <p>Assesseurs : 6 x 50 = 300 (estimation).</p> <p>Rapporteurs : 3 x 50 = 150 (estimation).</p> <p>Secrétariat : 3 x 50 = 150 (estimation).</p> <p>CDAS :</p> <p>Juges : 98 (estimation).</p> <p>Assesseurs : 6 x 98 = 600 (estimation).</p> <p>Rapporteurs : 3 x 98 = 300 (estimation).</p> <p>Secrétariat : 3 x 98 = 300 (estimation).</p>

CCAS :  
 Juges : 9.  
 Assesseurs : 12.  
 Rapporteurs : 24.  
 Secrétariat : 6.  
 CNITAAT :  
 Juges : 26.  
 Assesseurs : 62.  
 Rapporteurs : 46.  
 Secrétariat : 42.  
 => **Soit au total environ (estimation) :**  
**juges : 380** (pas à plein temps, souvent en activité secondaire);  
**assesseurs : 4700** (participent aux séances, soit 1-2 j/mois);  
**rapporteurs : 1000** (activité secondaire);  
**secrétariat : 900** (temps plein).

Tutelle	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Ministère de la Justice.
Nature du service rendu à l'utilisateur dans l'enquête	Recours contre les décisions prises par les organismes de sécurité sociale ou les décisions d'allocations ou prestations d'aides sociales des conseils généraux.
Cout total par an en 1999 (coût des personnels)	<b>Attention : approche très approximative</b> Secrétariat : 1 000 agents x 1 70 000 F/an = 170 MF (estimation). Juge, assesseurs, rapporteurs : la rémunération existe, elle est faible, mais inconnue. Selon l'étude DRASS de Bourgogne le recours moyen en TCI « coûterait » en moyenne 238 F => environ 19 MF pour les TCI. Si on extrapole (hardiment) pour l'ensemble des recours cela ferait environ 62 MF. D'où <b>un total général de l'ordre de 250 à 300 MF.</b>
Qualité de l'utilisateur	Bénéficiaire d'une prestation de sécurité sociale (malade, allocataire, retraité, accidenté du travail). Bénéficiaire d'une prestation ou d'une allocation d'aide sociale (handicapé, personne en situation de précarité économique et sociale, famille de bénéficiaire).
Nombre d'utilisateurs par an	TASS : 96 000 dossiers déposés en 2000. TCI : 69 000 dossiers déposés en 2000. CDAS : 40 000 dossiers déposés en 2000 (estimation). CCAS : 3 300 dossiers déposés en 2000. CNITAAT : 8 200 dossiers déposés en 2000. <b>Total : environ 220 000 requérants.</b>

## Annexe 6

### Enquête sur l'accès aux soins dans les secteurs de psychiatrie générale

Titre du rapport :	Usagers et accès aux soins dans les secteurs de psychiatrie générale.
Institutions concernées	4 secteurs : 46G01, 75G13, 91G13 et 84G03.
Nature juridique.	84G03, secteur rattaché à un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, public, le CHS de Montfavet (84). 75G13, secteur rattaché à un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, public, l'hôpital Sainte Anne à Paris. 91G13, secteur rattaché à un centre hospitalier général, public, le centre hospitalier Sud Francilien, regroupant les hôpitaux d'Evry et de Corbeil. 46G01, secteur rattaché à un hôpital privé, associatif, spécialisé en psychiatrie, participant au service public hospitalier (PSPH), l'Institut Camille Miret à Leyme.
Nombre sur le territoire	825 secteurs de psychiatrie générale. 315 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Les 2/3 sont rattachés à un CHS public ou PSPH, et 1/3 à un CHR ou un centre hospitalier général. (Source : DRESS-Données 1998-les dernières disponibles et publiées en 2000).
Effectifs de personnels employés	Médecins : « presque 6 200 psychiatres exercent exclusivement dans les établissements de santé » au 1 <sup>er</sup> janvier, et 1 800 psychiatres libéraux y exercent également à titre principal ou secondaire. (Source : DRESS). La densité moyenne des psychiatres en France est de 22 pour 100 000 hab. À Paris elle est de 88 pour 100 000 hab. Psychologues : 4 000 exercent en psychiatrie, dont plus de 3 300 dans le public. On ne connaît pas la part des libéraux exerçant dans les services de psychiatrie privés.
Tutelle	Ministère chargé de la Santé.
Nature du service rendu à l'utilisateur	Soins.
Coût total par an	L'activité de secteur n'est pas individualisée. Les informations sont données par type de financements : budget global ou non.
Qualité de l'utilisateur	Malades ou non malades, et familles. D'une manière générale, « le tout venant », car parfois la personne ne souhaite que des informations.

---

Nombre d'usagers par an

Hospitalisation complète en psychiatrie :

- établ. publics : 419 000 entrées et 13 205 000 journées (1998) pour 47 869 lits installés ;

- établ. privés - sous datation globale : 63 000 entrées et 3 296 000 js. pour 10 601 lits installés.

- autres : 107 000 entrées et 3 878 000 js. pour 11 592 lits installés.

Hospitalisation partielle (hosp. de jour ou de nuit) :

- établ. publics : 4 119 000 venues pour 14 463 places ;

- établ. privés- sous datation globale : 1 108 000 venues pour 2 414 places ;

- autres : 77 000 venues. (Nombre de places non individualisé)

Structures propres aux secteurs de psychiatrie générale :

- centre médico-psychologique (CMP) : ouvert cinq jours et plus par semaine 1234 ; ouvert moins de cinq jours par semaine : 898 ;

- centre de crise : 42 ;

- centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) : 939.

Nombre de patients ayant bénéficié des interventions du secteur dans les services somatique en 1997 : 209 243 contre 173 108 en 1995.

---

# Annexe 7

## Enquête sur la détection des droits des usagers en assurance chômage et en assurance maladie

	I - ASSURANCE CHOMAGE	II - ASSURANCE MALADIE (régime général)
Institutions concernées et nature juridique de celles ci :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- au niveau central : UNEDIC, association paritaire employeurs / salariés</li> <li>- au niveau local : ASSEDIC, associations paritaires employeurs / salariés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- au niveau central : CNAM TS : établissement public national</li> <li>- au niveau local : CPAM : associations</li> </ul>
Nombre d'institutions sur le territoire :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- au moment de l'enquête : 52</li> <li>- réforme en cours pour ramener à 30</li> </ul>	129
Champ de l'enquête :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre d'ASSEDIC visitées : 8 sur 52, soit : 15 % du nombre mais environ 33 % des allocataires du régime d'assurance chômage (RAC)</li> <li>- effectifs de personnels concernés (toutes catégories) : budgétaire : 2890 rémunéré ETP : 2855</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre de CPAM visitées : 8 sur 129, soit : 6 % du nombre mais environ 14 % dans l'indice mesurant les activités des caisses primaires</li> <li>- effectifs de personnels concernés budgétaire : 11065 rémunéré ETP : 10167 (gestion administrative)</li> </ul>
Tutelle ministérielle : non, mais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- procédures d'agrément des conventions nationales par ministre chargé de l'emploi</li> <li>- au niveau local, relations partenariales avec DDTEFP (régime de solidarité et contrôle de la recherche d'emploi)</li> <li>- au niveau national et local, partenariat rapproché avec ANPE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- au niveau central: Budget et DSS et convention d'objectifs et de gestion</li> <li>- au niveau local: DRASS (dont évaluation COG)</li> </ul>
Nature du service rendu à l'utilisateur : deux grandes missions :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- inscription des demandeurs d'emploi</li> <li>- versement d'un revenu de remplacement (régimes d'assurance et de solidarité), dont : assurance : allocation unique dégressive (AUD) + ARPE + AFR solidarité : allocation de solidarité spécifique (ASS) et allocation d'insertion (AI) + allocations de pré-retraite FNE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- immatriculation assurés sociaux (dont bénéficiaires CMU)</li> <li>- versements de prestations en nature et en espèces</li> </ul>

Montant unitaire des prestations journalières en 1999 :	- AUD : minimum 149,94 F. - ASS : 84,07 F - ASS majorée: 120,76 F - AI : 59,22 F.	sans objet
Coût annuel des allocations versées en 1999 :	dans les 8 ASSEDIC visitées : - 34,9 milliards F., soit environ 23 % du total France entière (148,4 milliards F.)	dans les 8 CPAM visitées : Coût annuel des prestations versées en 1999 dans les 8 CPAM visitées : - 105,8 milliards F., soit environ 19 % du total France entière (533,7 milliards F.)
Qualité et nombre des usagers :	dans les 8 ASSEDIC visitées : - flux annuel d'inscription de demandeurs d'emploi : 1 193 164 - nombre d'allocataires (toutes prestations) au 31-12-1999 : 594 502	dans les 8 CPAM visitées : - population protégée (assurés + ayants droit) : 7 419 000 personnes, soit environ 15 % du total France entière (48 806 000)

# Liste des sigles

- AAH** : allocation d'adultes handicapés.  
**ACA** : allocation chômeur âgé.  
**AI** : allocation d'insertion.  
**ALE** : agence locale pour l'emploi.  
**AMD** : aide médicale du département.  
**AME** : aide médicale de l'État.  
**ANAES** : Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé.  
**API** : allocation de parent isolé.  
**APL** : aide personnalisée au logement.  
**ARPE** : allocation de reclassement pour l'emploi.  
**ASA** : allocation spécifique d'attente.  
**ASC** : allocation spécifique de conversion.  
**ASF** : allocation de soutien familial.  
**ASS** : allocation spéciale de solidarité.  
**ASSEDIC** : allocation pour l'emploi dans l'industrie et le commerce.  
**AUD** : allocation unique dégressive.  
**CADA** : Commission d'accès aux documents administratifs.  
**CAF** : caisse d'allocations familiales.  
**CANCAVA** : Caisse autonome nationale de compensation d'assurances vieillesse des artisans.  
**CAS** : centre communal d'action sociale.  
**CAT** : centre d'aide par le travail.  
**CAVCIC** : Caisse d'assurance vieillesse des salariés du commerce et de l'industrie.  
**CDAD** : conseil départemental d'accès au droit.  
**CHU** : centre hospitalier universitaire.  
**CICAS** : centres d'information et de coordination de l'action sociale.  
**CIRA** : centres interministériels de renseignements administratifs.  
**CIRE** : Comité interministériel pour la réforme de l'État.  
**CIRRIC** : caisse interrégionale de retraite dans l'industrie et le commerce.  
**CME** : commission médicale d'établissement.  
**CMP** : centre médico-psychologique.  
**CMU** : couverture maladie universelle.  
**CNAM** : Caisse nationale d'assurance maladie.  
**CNAMTS** : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.  
**CNAV** : Caisse nationale d'assurance vieillesse.  
**CNIAAT** : Cour nationale de l'incapacité et de la tarification des accidents du travail.  
**CODAC** : commission départementale d'accès à la citoyenneté.  
**COG** : convention d'objectifs et de gestion passée entre l'État et les organismes de sécurité sociale.  
**COTOREP** : commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.  
**CPAM** : caisse primaire d'assurance maladie.  
**CRA** : commission de recours amiable.  
**CRAM** : caisse régionale d'assurance maladie.  
**CSP** : Code de la santé publique.

**DDASS** : direction départementale des affaires sanitaires et sociales.  
**DDTEFP** : direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.  
**DOM** : départements d'Outre Mer.  
**DRASS** : direction régionale des affaires sanitaires et sociales.  
**DSS** : Direction de la sécurité sociale du ministère.  
**FNATH** : Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés.  
**FNS** : Fonds national de solidarité.  
**FSL** : Fonds social pour le logement.  
**FSV** : Fonds social vieillesse.  
**HDT** : hospitalisation à la demande d'un tiers.  
**HO** : Hospitalisation d'office.  
**INTEFP** : Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.  
**MSA** : Mutualité sociale agricole.  
**NIR** : numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques.  
**NTIC** : nouvelles techniques de l'information et de la communication.  
**OPRA** : Office français pour les réfugiés et les apatrides.  
**ONAC** : Office national des anciens combattants.  
**ORGANIC** : Organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce.  
**PAE** : permanence de l'agence pour l'emploi.  
**PAIO** : permanence d'accueil d'insertion et d'orientation.  
**PAR** : point d'accueil retraite.  
**PASS** : permanence d'accès aux soins dans les hôpitaux.  
**PJJ** : protection judiciaire de la jeunesse.  
**TASS** : tribunal des affaires de sécurité sociale.  
**TCI** : tribunal du contentieux de l'incapacité.  
**TPE-PME** : très petites entreprises et petites et moyennes entreprises.  
**UCSA** : unités de soins dans les établissements pénitentiaires.  
**UNAFAM** : Union nationale des amis et des familles de malades mentaux.  
**UNCCAS** : Union nationale des centres communaux d'action sociale.  
**UNEDIC** : Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce.  
**URAF** : union régionale des associations familiales.  
**URSSAF** : union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.