



HAL
open science

La légitimité par l'effectivité: entre discours et réalité.

Hélène Revil

► **To cite this version:**

Hélène Revil. La légitimité par l'effectivité: entre discours et réalité.. La légitimité des politiques sociales en question, Jan 2008, France. halshs-00345736

HAL Id: halshs-00345736

<https://shs.hal.science/halshs-00345736v1>

Submitted on 9 Dec 2008

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La légitimité par l'effectivité : entre discours et réalités.
Le cas de l'Assurance Maladie

Avant toute chose, il s'agit de s'interroger brièvement sur la notion de légitimité afin de préciser « le fil conducteur » qui guidera notre réflexion. La légitimité du pouvoir public a souvent été questionnée sous l'angle des « *inputs* ». Dans ce cas de figure, et sans entrer dans les détails, un programme ou un gouvernement est légitime « *s'il reflète la volonté démocratique s'appuyant sur le mandat donné par l'élection* »¹. Mais la légitimité de l'action publique peut également être interrogée sous un angle fondamentalement différent : celui des résultats, des « *outputs* ». Il s'agit alors de légitimer les dispositifs ou les programmes en rendant compte de leur efficacité et de leurs effets sur les populations. On peut alors parler de gouvernement pour le peuple et non par le peuple.

Dans cette communication, nous nous interrogerons sur cette deuxième forme de légitimité par les « *outputs* » et indirectement sur la capacité des gouvernants à traiter et à résoudre les problèmes. Il s'agira de se demander dans quelle mesure les gouvernants sont capables de fournir des mesures quantifiables de leurs actions, en s'appuyant notamment sur l'information détenue par les organisations chargées de la mise en œuvre des politiques publiques. Car pour légitimer un dispositif par les « *outputs* », il faut nécessairement être en capacité de les objectiver. En effet, on ne saurait se contenter des déclarations des gouvernants concernant l'effectivité ou l'efficacité d'une action parce qu'il « *n'est pas possible d'exclure [de leurs discours] la dimension symbolique relative à la détention du pouvoir politique* » qui pourrait induire des déclarations plus ou moins exactes.

Nous centrerons donc cette communication sur les conditions de la mesure de l'effectivité en partant du postulat que cette mesure peut constituer un point d'appui pour légitimer les politiques sociales. L'effectivité est entendue comme le degré d'adéquation entre les impacts prévus lors de l'élaboration d'une politique publique et les impacts réels sur les bénéficiaires. Son évaluation procède donc d'une comparaison « *devrait être/ est* » afin de mettre en résonance impacts escomptés et impacts réels.

Cette interrogation sur l'effectivité s'intègre dans une réflexion plus globale sur le ciblage des politiques sociales. Le système de protection sociale a en effet profondément évolué au fil des dernières décennies. Un nouveau référentiel d'action s'est mis en place suivant des logiques en marche principalement dans le champ économique. Le ciblage accru des prestations représente l'une des transformations du système de protection sociale français². Il s'agit de concentrer les aides sur ceux qui en ont le plus besoin, afin de limiter les dépenses publiques et d'activer les dépenses sociales.

Dans ce cadre, les politiques sociales ont pour objectif d'impacter les individus visés, selon des objectifs prédéfinis au moment de la conception des dispositifs. Le premier niveau

¹ Laurie Boussagnet, Sophie Jacquot, Pauline Ravinet (dir.) *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, 2004.

² Bruno Palier, *Gouverner la sécurité sociale*, Paris, 2005, PUF.

d'analyse de l'effectivité consiste finalement à se demander si les personnes visées sont atteintes. Selon nous, l'un des indicateurs qui peut être pris en compte pour répondre à cette question est le taux de non recours aux dispositifs publics par les bénéficiaires visés. Le non recours renvoie à toute personne éligible à une prestation et qui ne la reçoit pas, qu'elle que soit la raison³. Le chiffrage de ce phénomène peut en effet fournir des indications précises concernant l'atteinte des publics cibles par les dispositifs en mettant en exergue les populations « non touchées ». L'accès à leurs droits de l'ensemble des publics concernés par un dispositif constituerait ainsi une évaluation de l'efficacité et de l'effectivité des politiques publiques.

A l'appui de notre expérience de terrain⁴ constitué d'un important travail d'observation participante au sein des organismes sociaux locaux et en prenant pour exemple deux dispositifs de l'Assurance Maladie - Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU C) et Aide Complémentaire santé (ACS) -, nous chercherons à montrer que les conditions nécessaires au travail d'objectivation de la mise en œuvre effective des dispositifs sur le terrain sont loin d'être réunies. En effet, en étudiant « de l'intérieur » les systèmes d'information des organismes responsables de l'application sur les territoires, on s'aperçoit en effet qu'il est difficile d'avoir une mesure juste et globale de l'effectivité.

Nous commencerons par apporter quelques éléments d'information sur la CMU C et l'ACS afin de bien définir les dispositifs qui serviront d'appui à cette communication. Parallèlement, il semble important de revenir sur les objectifs poursuivis au moment de la création de ces mesures et sur deux logiques prégnantes dans le domaine de l'Assurance Maladie qui surplombent, selon nous, le besoin d'objectiver l'effectivité des dispositifs de la CMU C et de l'ACS.

Des dispositifs ciblés visant l'universalité d'accès aux soins

La Couverture Maladie Universelle Complémentaire et l'Aide Complémentaire Santé : quels objectifs ?

Avant 2000, l'Aide Médicale Gratuite⁵ assurait à toutes personnes résidant en France le droit à une aide pour les dépenses de soins qu'elles ne pouvaient supporter. Etaient prises en charge, d'une part, les cotisations d'assurance personnelle pour les personnes non affiliées à un régime de base de sécurité sociale et, d'autre part, les dépenses de soins, telles que définies dans le code de la sécurité sociale. Certains départements avaient mis en place des dispositions plus favorables en assurant un remboursement des frais au-delà des tarifs de la sécurité sociale.

³ ODENORE, « De quoi parle-t-on? Définitions et repères », 2003, www.odenore.msh-alpes.prd.fr

⁴ Dans le cadre de ma thèse intitulée *L'information dans la conduite des politiques publiques. Produire une connaissance sur les publics vulnérables : le cas de l'Assurance Maladie*, je travaille en collaboration avec la CNAMTS et le FONDS NATIONAL CMU. Suite à une première étude réalisée en 2006 sur le non recours à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire, il a été décidé de mettre en place un travail de plus grande ampleur pour tester la qualité des bases de données des Caisses Primaire d'Assurance Maladie et pour identifier les populations en rupture de droits. Cette étude tend à analyser les chaînes de traitement d'informations existant entre CAF et CPAM et à détecter les allocataires de minima sociaux (RMI, AAH, API, FSV, FSI) qui ne bénéficient pas d'une complémentaire santé (CMU C ou ACS – Aide Complémentaire Santé).

⁵ Bénédicte Boisguerin, Christine Bonnardel, Claude Gissot, Marie Ruault, « L'Aide Médicale Départementale : bilan 1996 – 1999 », in *Etudes et Résultats*, DRESS, juillet 2001, n° 126.

Créée par la loi du 27 juillet 1999, la CMU reconcentre vers l'Etat la compétence d'Aide Médicale détenue par les départements et délègue sa mise en œuvre aux directeurs des Caisses Primaires d'Assurance Maladie. La mise en place de cette loi poursuit alors deux objectifs :

- Généraliser l'accès à l'Assurance Maladie pour tous les résidents stables et réguliers non couverts par un régime de base (CMU B).
- Assurer à tous les ménages à faible revenu l'accès aux soins, par la mise en place d'une couverture complémentaire (CMU C) avec dispense d'avance de frais du ticket modérateur, du forfait journalier et prise en charge de certains produits spécifiques. Dans cette communication, nous nous intéresserons à cette partie complémentaire du dispositif de la CMU.

Comme de nombreux dispositifs ciblés, la CMU C s'est vite heurté au problème de l'effet de seuil. Il ne s'agit pas ici d'entrer dans le débat mais seulement de revenir sur la manière dont les gouvernants ont voulu limiter cet effet. La réponse a été, en 2004, le « crédit d'impôt » – rebaptisé Aide Complémentaire Santé (ACS) en 2006 -. Il s'agissait, par ce dispositif, de faciliter l'accès à une complémentaire santé pour les personnes ayant des ressources juste en dessus du seuil de la CMU C. Ce crédit d'impôt prenait ainsi la forme d'une aide financière accordée aux personnes pour les aider à souscrire une protection complémentaire en matière de santé.

CMU C et ACS présentent bien « *les caractéristiques des dispositifs ciblés*⁶ ». En effet, ils ne s'adressent pas à l'ensemble de la population mais à des publics spécifiques : les allocataires du RMI et toutes les personnes ayant des ressources inférieures aux plafonds préétablis. Ces mesures - ciblées principalement en fonction des ressources - « *vis[aient] cependant l'universalité [...]. L'objectif [était] de faire que toutes les personnes résidant en France puissent accéder aux soins* ». Il s'agissait également d'uniformiser les dispositifs départementaux afin d'intégrer dans l'Assurance Maladie des personnes qui en demeuraient exclus.

Pourquoi s'interroger sur l'effectivité de ces dispositifs ?

Quelques années après la mise en place de ces mesures, il semble nécessaire de s'interroger sur leur effectivité et ce, au moins pour deux raisons principales. Actuellement, les organismes sociaux sont tenus de « *gérer attentivement la CMU et de promouvoir l'ACS*⁷ » afin de faciliter l'accès aux soins des populations précaires – objectif prioritaire de la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) signée entre l'Etat et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, pour la période 2006/ 2009 -. L'amélioration de l'accès aux droits sociaux et aux soins s'inscrit d'ailleurs plus globalement dans une politique nationale de lutte contre l'exclusion⁸ et dans la politique européenne pour l'inclusion sociale (Warin 2007). En 2000, l'Union Européenne s'est en effet fixée pour objectif d'éliminer la pauvreté d'ici 2010 et de lutter pour l'inclusion sociale. Dans ce cadre, les Etats membres doivent « *promouvoir l'accès de tous aux ressources, aux droits et aux services* ». Afin de coordonner les actions nationales, la démarche préconisée est la méthode ouverte de coordination ; il s'agit notamment de réaliser des évaluations comparées des résultats. Dans ce but, la première étape a consisté à adopter des indicateurs destinés à observer les avancées des Etats membres. Ces

⁶ Pierre Volovitch, « Une couverture santé à visée universelle à l'égard des plus démunis. La CMU en question », in *Informations sociales*, 2003, n° 108, p. 70 – 75.

⁷ Chapitre 1 point 1.2.1.3) de la COG signée entre l'Etat et la CNAM pour la période 2006/ 2009.

⁸ Loi d'orientation n° 98- 657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

indicateurs couvrent quatre dimensions : la pauvreté financière, l'emploi, la santé et l'éducation. Du fait de leur vocation première - permettre l'obtention de résultats comparables -, ces indicateurs concernent principalement une mesure de la pauvreté monétaire. « *Conscientes du danger que ces indicateurs classiques [...] peuvent rendre les plus pauvres invisibles, des organisations non gouvernementales [...] ont notamment proposé des méthodes pour mesurer la mise en œuvre effective des droits, qui s'ils sont garantis, sont loin d'être acquis* » (Warin, 2006)⁹.

Mais la mesure de l'effectivité est encadrée par une seconde logique : celle de la pression budgétaire qui oblige à gérer au mieux les finances publiques. Les programmes sociaux étant présentés comme très coûteux, il faut s'assurer que les financements accordés atteignent bien les personnes visées. Pour ce faire, il est indispensable de développer des instruments qui permettent d'identifier celles-ci avec précision. De la même manière, le développement d'instruments de mesure de l'effectivité peut permettre de répondre en partie aux attentes de mesure d'impacts et de résultats largement présentes dans les nouvelles orientations budgétaires prévues par la Loi Organiques relatives aux Lois de Finances du 1^{er} Août 2001 (LOLF). Ces instruments semblent encore assez peu développés : si les administrations ont accepté l'idée de quantifier leurs activités, « *et non plus seulement de qualifier leur essence* » (Gibert ; Thoenig)¹⁰, elles le font majoritairement avec des indicateurs d'activité, de gestion et laissent largement de côté la mesure de la mise en œuvre concrète des prestations et aides qu'elles servent au quotidien. A l'instar du non recours qui reste peu quantifier. Aucune mesure systématique, aucun suivi n'est ainsi réellement effectué. Comme le démontrent les divers travaux qui ont pu être réalisés sur les questions de l'accès aux droits, bien que les phénomènes de non recours soient en général identifiés par les acteurs institutionnels, ils demeurent très à l'écart des statistiques administratives habituelles.

Ces deux logiques obligent progressivement à se pencher sur la question des effets des dispositifs afin de rendre compte, d'une part, de l'amélioration de l'accès aux droits des populations les plus démunies, et de répondre, d'autre part, aux attentes de mesure d'impact imposées tant au niveau national qu'Européen.

La mise en œuvre effective de la CMU C et de l'ACS : une préoccupation récente, une prise en compte progressive

Concernant la CMU C, la question de la mise en œuvre effective du dispositif a commencé à être posée par le Fonds CMU en 2004. Cette année là, dans son rapport d'activité, le Fonds a survolé la question du non recours des allocataires du RMI et évoqué l'existence d'un possible « décrochage » de droit entre RMI et CMU C. En effet, en prenant les séries statistiques nationales de ces prestations connexes, le Fonds a constaté un écart important. Pourtant, les bénéficiaires du RMI ont, de droit, accès à la prestation CMU C, sans qu'il y ait un examen des ressources, sous réserve toutefois d'en faire la demande et de choisir l'organisme complémentaire. Le Fonds a donc commandé une série d'études locales sur le non recours afin de quantifier et de comprendre ce phénomène. Malgré l'importance des difficultés méthodologiques pour quantifier le non recours, quelques chiffres ont pu être avancés. Localement, le taux de non recours est d'environ 18 %¹¹ - chiffres qui peut être supérieur ou inférieur en fonction des territoires. Selon les statistiques publiées au niveau

⁹ Philippe Warin, *L'accès aux droits sociaux*, Grenoble, PUG, 2006.

¹⁰ Patrick Gibert, Jean-Claude Thoenig, « La gestion publique : entre l'apprentissage et l'amnésie », in *Politiques et Management Public*, 1993, vol. 1.

¹¹ Hélène Revil, *Rupture de droits entre RMI et CMU C*, 2006, ODENORE.

national dans le troisième rapport d'évaluation de la loi CMU de 2006¹², le taux de non recours à la CMU C atteint environ 19 %. Même s'il est assez difficile de connaître précisément les modalités de construction de ce chiffre, il a malgré tout le « mérite » d'interpeler les décideurs. Le chiffre qui interpelle le plus actuellement est certainement le taux national de non recours à l'ACS : en effet, environ 80 % des personnes qui pourraient potentiellement bénéficier de ce dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire n'y recourent pas. La question de l'effectivité semble alors se poser avec une acuité toute particulière ; par la même la question de la légitimité du dispositif. Les organismes sociaux sont actuellement sommés de rendre des comptes en ce qui concerne la montée en charge du dispositif de l'ACS sur le terrain. Parallèlement, il leur est demandé de se mettre en capacité d'identifier les bénéficiaires potentiels afin de les inciter à utiliser cette aide. Des financements ont été attribués au dispositif de l'ACS : il convient, si possible, de les utiliser en repérant les bénéficiaires potentiels. Si les taux de non recours ne peuvent être diminués, les décideurs auront à s'interroger sur la pérennité du dispositif. A l'heure actuelle, les organismes sociaux doivent donc être capables de quantifier précisément le non recours, de suivre son évolution et d'identifier au sein de leurs bases de données les bénéficiaires potentiels afin de les inciter à utiliser le dispositif

Le mesure du non recours et le repérage de bénéficiaires potentiels : un défi pour les administrations

Dans ce contexte général, la mesure de l'effectivité - mais également l'identification des bénéficiaires potentiels - semble être devenue essentielle. Les choses se compliquent cependant lorsque l'on aborde la question des outils et des instruments nécessaires à ce travail d'objectivation. Si l'on en croit les difficultés méthodologiques rencontrées sur le terrain lorsque l'on effectue ce type de travail, la question de la mesure de l'effectivité et des indicateurs indispensables pour en rendre compte est en effet loin d'être réglée. En ce sens, la contradiction avec les politiques cadres – que nous venons de présenter très succinctement –, paraît flagrantes.

La quantification du non recours et le repérage des bénéficiaires potentiels : des difficultés méthodologiques proches et récurrentes

La question de la mesure de l'effectivité peut ainsi être réintégrée dans une interrogation plus globale sur le repérage des bénéficiaires potentiels des dispositifs sociaux à partir des bases de données des organismes sociaux. En effet, que l'on cherche à repérer des bénéficiaires potentiels ou que l'on ait pour but de mesurer l'effectivité d'un dispositif en quantifiant le taux de non recours, les difficultés méthodologiques rencontrées sont identiques. Dans les systèmes anglo-saxons où les transferts sociaux destinés aux plus pauvres suivent la logique du « filet de sécurité », cette question des obstacles techniques a souvent été posée : « comment repérer les plus pauvres pour s'assurer que les prestations les atteignent¹³ ? ». Le débat de méthode s'est structuré depuis au moins 20 ans autour du « targetting », sous l'impulsion notamment de la Banque Mondiale. L'idée de « mesurer pour agir » (Warin 2007) n'est pas non plus nouvelle en France. « Il y a dix ans, il était [déjà] question de déchiffrer le social » dans le but d'apporter des réponses cohérentes au problème majeur de l'exclusion. Dans le contexte actuel du ciblage, la question du repérage semble se poser et

¹² III ème rapport d'évaluation du Fonds de financement de la CMU, 2006.

¹³ Didier Renard, « Le ciblage et ses visées. Eléments de réflexion historiques et comparés », in *Informations Sociales*, 2003, n° 108, p. 18 – 25.

s'imposer : il en va de la légitimité d'un nouveau modèle de protection sociale évoluant vers une sélectivité accrue.

Si nous en revenons plus précisément aux dispositifs qui nous intéressent au sein de cette communication : il convient de se demander dans quelle mesure l'information dont disposent les organismes sociaux sur leurs populations peut être mobilisée pour mesurer la montée en charge sur le terrain des dispositifs de la CMU C et de l'ACS ? Comment peut-elle être utilisée pour produire des statistiques précises et fiables sur le phénomène de non recours ? Le chiffrage du non recours constitue en effet un point d'appui pour évaluer les impacts des dispositifs en termes d'efficacité et d'effectivité.

De manière générale, la mesure du non recours se heurte à des difficultés méthodologiques récurrentes. Certains obstacles sont inhérents à l'étude de ces phénomènes, en particulier l'absence d'informations initiales suffisantes du fait que les systèmes de données ne soient pas conçus dans cette perspective. La mesure du non recours est donc confrontée à d'importantes difficultés structurelles. Il existe, semble-t-il, un cercle vicieux dans l'étude des phénomènes de non recours. Caricaturons : on ne connaît pas les non usagers, qui n'apparaissent pas dans les statistiques, il est donc difficile de réaliser un travail de mesure et de caractérisation, donc finalement, on ne les connaît toujours pas, et toute action de prévention semble impossible. Il existe en quelque sorte des « angles-morts » qui ne favorisent pas la mise en visibilité des populations en situation de non recours.

Les fichiers administratifs informatisés constituent pourtant l'une des ressources qui peut être mobilisée pour objectiver les phénomènes de non recours. Le choix et l'accès aux « bonnes » sources informatiques est, dans un premier temps, un point central. Une question découle ensuite logiquement : comment bien mobiliser ces ressources ? Comment « bien compter » ? Rendre visible le non recours suppose en effet un minimum de stabilité dans les méthodes de mesure. Car il n'y a pas de mesure qui ait un sens dans la durée sans choix et maintien de définitions, de méthode de chiffrage. Ce sont des continuités qui font de la statistique un moyen d'observation de ce qu'Alain Desrosières a appelé « *les objets durcis* »¹⁴ au terme d'un processus intellectuel et institutionnel.

Construire une méthode de mesure du non recours : un processus nécessairement incrémental

Concernant l'objectivation du non recours à la CMU C et à l'ACS, la première étape consiste à réfléchir aux fichiers administratifs qui vont être mobilisés pour réaliser un travail fiable et pertinent. Il s'agit ensuite de « prendre en main » ces fichiers afin de connaître précisément leur contenu, leur mode de fonctionnement et leurs limites. Le passage par le terrain et par le cœur des systèmes d'information permet de penser la quantification du non recours de manière technique et d'éviter les écueils qui pourraient être induits par une connaissance approximative. L'objectif est de mobiliser les « bonnes » bases et surtout de les mobiliser correctement. L'étude effectuée en 2006 avec l'ODENORE et une Caisse Primaire d'Assurance Maladie montre bien que la construction d'un instrument fiable de mesure du non recours est nécessairement incrémentale. L'objectif de cette étude était d'évaluer le taux de non recours à la CMU C des allocataires du RMI de la circonscription prise en compte. Pour ce faire, nous avons accès aux bases de données d'une Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

¹⁴ Alain Desrosières, *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, 1993, La Découverte.

Il s'agit avant toute chose de revenir sur quelques éléments législatifs expliquant le lien entre RMI et CMU C. Dans la loi portant création de la CMU, il est explicitement indiqué que les allocataires du RMI ont droit à la CMU C. Dans la réalité, l'ouverture du droit à cette complémentaire santé ne se fait pas de manière automatique ; les allocataires du RMI doivent en faire la demande. Des échanges – dématérialisés et en format papier - ont donc été instaurés, en 1999, entre CAF et CPAM pour améliorer la continuité de gestion entre ces droits connexes. Par exemple, lors de l'ouverture d'un droit RMI, les CAF envoient aux CPAM un signal informatique afin de signaler l'entrée dans le RMI d'un nouvel allocataire. Ce signal a notamment pour but de déclencher dans les CPAM l'envoi d'un courrier expliquant au nouvel entrant ses droits en matière de complémentaire santé.

En 2006, lors de notre étude, nous avons donc postulé que, grâce aux échanges existant entre les organismes, les CPAM devaient être en mesure d'identifier dans leurs bases de données l'ensemble des allocataires du RMI afin de déterminer dans un second temps s'ils étaient bénéficiaires ou non de la CMU C. Cependant, après un important travail d'analyse des systèmes informatiques et des échanges existant avec les CAF, il a fallu se rendre à l'évidence que les CPAM étaient en grande difficulté pour identifier les allocataires du RMI. Des dysfonctionnements dans les échanges dématérialisés sont très vite ressortis, expliquant notamment le fait que les CPAM ne connaissent pas précisément l'ensemble des allocataires. Parallèlement, il a été mis en évidence que certains fichiers transmis par les CAF sous format papier n'étaient quasiment jamais utilisés par les CPAM.

Ces quelques exemples – de nombreux autres pourraient être mobilisés – ont mis en évidence le fait que les CPAM connaissent mal les populations allocataires du RMI et qu'elles se trouvent réellement dans l'incapacité de produire des connaissances statistiques fiables. En utilisant certaines des informations fournies par les CAF et après un « nettoyage » partiel des bases de données de la CPAM, il a malgré tout été possible de calculer le taux de non recours à la CMU C – 20 % - d'un échantillon d'allocataires du RMI¹⁵. La lente et complexe construction de ce taux a permis de démontrer la difficulté de « bien compter », de mobiliser les bonnes ressources et les bons outils. Ceci corrobore l'idée que, la première étape dans ce type de travail, consiste à « prendre en main » les systèmes d'information et à réfléchir à une méthodologie adaptée et pertinente, permettant de quantifier le phénomène de non recours qui nous intéresse. Il est par exemple apparu clairement que la construction d'une méthode de calcul fiable du non recours à la CMU C exigeait de procéder par rapprochements de fichiers issus de différents organismes, suivant un mode opératoire et des requêtes informatiques spécifiques. Il a donc été décidé d'élargir le champ de l'étude de construire une méthode *ad-hoc* de quantification du non recours à la CMU C et à l'ACS et de détection des bénéficiaires potentiels au sein des population allocataires des minima sociaux suivant : Revenu Minimum d'Insertion (RMI), Allocation Adulte Handicapé (AAH), Allocation Parent Isolé (API), Allocations du minimum vieillesse (ASPA, ASI, L814, L 815), Allocation Spéciale d'Invalidité (ASI).

Le processus de construction de cette méthode *ad-hoc* a permis de se confronter concrètement aux difficultés posées, à l'heure actuelle, par la mesure de l'effectivité d'un dispositif en prenant appui sur les systèmes informationnels des organismes sociaux. Ces obstacles sont techniques mais également organisationnels. Si les premiers peuvent parfois être assez

¹⁵ Travail réalisé à partir de la confrontation des listings de la CAF « bénéficiaires du RMI justifiant au moins de 120 heures », de mars et avril 2006 avec la Base de Données Opérantes de la CPAM.

facilement résolus, les seconds apparaissent davantage problématiques et réinterrogent plus globalement le fonctionnement de certains organismes en France.

La quantification du non recours à la CMU C et à l'ACS: des difficultés techniques liées à des évolutions organisationnelles spécifiques

Des bases de données construites pour des missions particulières

Les obstacles techniques résident dans les bases de données des organismes sociaux : dans leur construction « originelle » et dans leur qualité. Celles-ci ne sont en effet pas conçues pour construire des statistiques et pour réaliser des « focus » sur telle ou telle population. La difficulté majeure réside dans le fait que les sources d'informations utilisées ne sont pas préparées *a priori* pour permettre la mesure du non recours. Concernant les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, il est important de souligner que l'organisation des fichiers, centrée sur le remboursement des assurés, n'est pas la meilleure pour effectuer des décomptes de bénéficiaires. Il leur faut ainsi garder la trace de personnes qui ont quitté la caisse ou qui ont pu changer d'immatriculation, pour payer des décomptes qui peuvent arriver en retard. Parallèlement, les mécanismes de maintien de droits obligent à conserver les dossiers informatiques de personnes qui sont désormais rattachées à un autre organisme et à laisser ouvert des régimes qui ne correspondent plus à la situation des assurés, notamment à leur situation exacte par rapport à l'emploi. Les bases de données des organismes sociaux de la branche maladie ne sont donc pas structurées pour mesurer la mise en œuvre effective des dispositifs. Si la branche Famille semble plus « habituée » aux travaux sur le non recours et à la détection des droits potentiels, cette préoccupation est très récente au sein de la branche Maladie et est – semble-t-il - largement contrainte par la dernière COG qui insiste sur l'accès aux droits et aux soins des populations vulnérables. La qualité des bases de données ne doit par ailleurs pas être surestimée. Les erreurs et inexactitudes dans les situations des personnes et dans leurs états civils sont fréquentes. Si ces « limites » ne portent pas forcément préjudice à un niveau individuel – elles n'empêchent pas l'ouverture de droits ou le remboursement de décomptes -, lorsque l'on travaille sur des volumes importants d'individus, elles deviennent très problématiques. Elles peuvent en effet complètement fausser les statistiques et amener à présenter des chiffres inexacts. Mais dans la mesure où les missions des CPAM sont majoritairement centrées sur le remboursement et le traitement de situations individuelles, les erreurs « en chaîne » ne sont pas toujours repérées. Elles le sont lorsque l'on travaille sur des milliers de cas et au moment d'effectuer des rapprochements avec les bases de données d'autres organismes car ces erreurs génèrent d'importantes difficultés de comptage et de « compatibilité ».

Le cloisonnement des bases de données : un obstacle aux rapprochements d'informations

On touche là à une autre difficulté - induite par un développement des organisations de la Sécurité sociale branche par branche – à savoir la confrontation de bases de données construites de manière totalement différente et selon des logiques propres. Travailler par rapprochements oblige nécessairement de bien connaître les bases de données et les spécificités de chacune d'entre elles. Il s'agit de lever, pas à pas, chaque « piège » engendré par la confrontation de bases qui n'utilisent pas les mêmes « langages informatiques », les mêmes codes, les mêmes variables, les mêmes numéros d'identification. Les techniciens qui réalisent les rapprochements doivent rivaliser d'inventivité pour dépasser les difficultés induites par les spécificités de chaque base. On prend à ce moment là pleinement conscience des limites engendrées par une modernisation administrative qui s'est faite organisation par

organisation ou branche par branche. On comprend par ailleurs comment les problèmes de discontinuité de droits se créent suite à des dysfonctionnements informatiques. Les insuffisances de la coordination administrative ont déjà été pointées « *comme l'un des obstacles majeurs dans l'accès aux droits sociaux dans la plupart des pays de l'Union Européenne, mettant en cause directement la gestion et les procédures, comme l'information et la communication* » (Melvyn, 2001 ; Daly, 2002)¹⁶. La modernisation unilatérale a conduit à maintenir – si ce n'est à amplifier – le cloisonnement des systèmes informationnels. Ces cloisonnements rendent très difficile les rapprochements de fichiers issus des bases de données de la branche Famille et de la branche Maladie. Les choix technologiques « *n'ont pas été pensés [...] selon un besoin d'échange entre organisations voisines* » (Warin 2007). La solution consiste alors à « bricoler » les fichiers et à créer des requêtes et des procédures informatiques destinés à remédier à certains dysfonctionnements. Certaines difficultés sont d'ailleurs « insolubles » et obligent à faire des choix méthodologiques parfois un peu catégoriques. Les rapprochements sont pourtant indispensables pour mesurer correctement l'effectivité de dispositifs connexes. De la même manière, dans l'optique d'améliorer la continuité des droits, il semble inévitable d'effectuer des croisements efficaces d'informations provenant des bases de données des CAF et des CPAM. Concernant les dispositifs de la CMU C et de l'ACS, la mesure de l'effectivité doit nécessairement passer par un partage d'informations car chaque organisme social détient une partie des informations nécessaires. Il faut alors trouver les modalités techniques de recouper ces « fragments » d'informations.

Des divergences de notions, aux spécificités des réglementations

Au moment du regroupement de l'information, on se heurte à un autre problème, représentatif également du développement unilatéral des branches de la Sécurité sociale : chaque organisme fonctionne avec ses propres « notions » en lien avec des variables spécifiques dans les systèmes informatiques. A la CPAM, on parle par exemple « d'assurés sociaux » et « d'ayants droit » tandis qu'à la CAF, on utilise les termes « allocataires » et « bénéficiaires ». Un allocataire à la CAF peut être un ayant droit à la CPAM et inversement. De la même manière, les organismes ne travaillent pas avec les mêmes numéros d'identification. Les CAF utilisent prioritairement le « numéro d'allocataire » alors que les CPAM travaillent uniquement avec le « NIR ». Le repérage des populations et leur bonne identification ne sont pas facilités par ces divergences de notions ; au moment de constituer les fichiers qui vont être rapprochés, il s'agit de sélectionner les variables pertinentes, celles qui permettront l'identification des individus dans les deux organismes. Les CAF possèdent au sein de leurs bases le NIR des personnes ; cependant, dans la mesure où ce numéro n'est pas prioritairement celui qu'elles mobilisent dans le traitement des dossiers, il n'est pas automatiquement renseigné et n'est, par la même, pas toujours exact. Ces difficultés nous renvoient notamment aux débats sur la création d'un numéro d'identification unique qui pourrait constituer un moyen de faciliter les échanges organisationnels. Les interrogations à ce sujet ne sont pas récentes : en 1936, René Carmille¹⁷ prônait un rapprochement des fichiers gérés par les diverses administrations, par le biais « d'identifiants communs » de façon à pouvoir apparier diverses informations¹⁸. Dans les années 1970, le projet SAFARI prévoyait d'instituer un identifiant commun pour interconnecter les fichiers administratifs. Dans un contexte d'interrogation concernant l'utilisation accrue des technologies de l'informatique, ce

¹⁶ Mary Daly 2002, *Accès aux droits sociaux en Europe* et Peter Melvyn, *Obstacles à l'accès à la protection sociale*, 2001, Conseil de l'Europe: <http://www.coe.int>

¹⁷ René Carmille, *La Mécanographie dans les administrations*, Paris, Recueil Sirey, 1936.

¹⁸ Alain Desrosières, « Décrire l'Etat ou explorer la société : les deux sources de la statistique publique », in *Quantifier*, Génèses, 2005, n° 58, p. 4 – 27.

projet avait suscité de vives réactions et avait été abandonné. Actuellement, l'interconnexion des bases administratives et l'échange de données à caractère personnel – notamment concernant les ressources des individus - demeurent des sujets épineux et font l'objet d'une attention accrue de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

D'autres difficultés proviennent d'éléments réglementaires propres à chaque organisme : la réglementation concernant les calculs de ressources n'a par exemple pas grand-chose à voir dans les CAF, les CPAM ou les CRAM. Pourtant, afin d'identifier les allocataires de l'AAH, de l'API ou du FSV pouvant potentiellement prétendre à la CMU C ou à l'ACS, il est nécessaire de calculer leurs ressources. Ce calcul ne peut se faire qu'à partir des informations détenues par les CAF ou les CRAM car les CPAM ne connaissent pas de manière systématique les ressources des personnes. Leur mission étant centrée sur le remboursement des frais liés aux soins, elles n'ont pas vocation à demander les ressources des assurés. Elles ne le font que dans le cadre d'une demande de CMU C ou d'ACS pour ouvrir – ou non – le droit. Par conséquent si les personnes sont en situation de non recours à ces dispositifs, les CPAM ne possèdent aucun élément concernant leurs ressources. CAF et CRAM connaissent par contre assez précisément les revenus des personnes, d'où l'utilisation – pour les besoins de notre méthode - de leurs bases pour calculer le montant des ressources annuelles des bénéficiaires de minima sociaux. Cependant, pour effectuer un calcul qui permette de déterminer – le plus précisément possible - si ces bénéficiaires ont potentiellement droit à la CMU C ou à l'ACS, il convient d'utiliser les règles d'attribution et les plafonds des CPAM. Si l'on résume, il s'agit de mobiliser les informations des CAF ou des CRAM en utilisant la réglementation des CPAM. D'où l'importance d'effectuer au préalable un important travail de compréhension des pratiques des uns et des autres en matière d'attribution de droits et de réglementation.

La construction d'une méthode de quantification du non recours : un travail de « bricolage » s'appuyant nécessairement sur les connaissances du terrain

Les évolutions des organisations administratives n'ayant pas été pensées selon « *une logique du réseau* » (Warin, 2006), la construction de ce type de méthode oblige, pour être pertinent, d'échanger des éléments de connaissance d'une part sur les bases de données et d'autre part, sur la réglementation propre à chaque organisme. Cette phase « compréhensive » est un préalable indispensable au travail « d'invention » de l'outil dont nous parlons un peu plus haut. Dans son ouvrage¹⁹, P. Warin évoque « *les capacités d'invention* » des organismes prestataires et en conclut que « *la modernisation administrative est [peut-être] celle de l'artisanat* ».

Cela entre bien en résonance avec la réalité de terrain à laquelle on se confronte lorsque l'on cherche à créer des outils innovants destinés à mesurer l'effectivité d'un dispositif. « *Pour constater le bricolage et en rendre compte, la position idéale est de l'observer en interne, au mieux d'y participer* » (Vacher ; Berry, 2000). Car le bricolage ne se donne pas à voir autrement ; peut être parce qu'il dérange dans le monde plutôt rationnel des organisations²⁰. La réalité de terrain, qui permet la construction de ces outils, réside pourtant dans un véritable travail de créativité –auquel nous avons pris part-, nécessaire pour dépasser les cloisonnements des systèmes d'information, les spécificités des bases de données, les inexactitudes en tout genre. Cette créativité trouve un appui fort dans l'expérience et les

¹⁹ Philippe Warin, *L'accès aux droits sociaux*, Grenoble, PUG, 2006.

²⁰ Béatrice Vacher, « Du bricolage informationnel à la litote organisationnelle. Ou comment considérer le bricolage au niveau stratégique », in *Systèmes d'information organisationnels*, 2004, Sciences de la société, n° 63, p. 133 – 149.

compétences des agents de terrains des administrations. Ce sont ces agents qui permettent la compréhension sans laquelle la construction de l'outil est impossible: les informaticiens apportent des enseignements sur le fonctionnement des systèmes informatiques, sur leurs spécificités techniques, d'autres agents peuvent apporter des informations précieuses concernant des éléments de législation et de réglementation. Le bricolage consiste ainsi à dépasser et à réinterpréter les règles de manière à créer de nouvelles catégories d'information nécessaires pour effectuer les rapprochements de fichiers. Cela tend à appuyer l'importance d'une forme particulière « d'apprentissages organisationnels », les apprentissages du bas vers le haut (*bottom-up*) largement préconisé dans certains travaux sur la modernisation administrative. Les dirigeants ayant une connaissance plus approximative des mécanismes techniques et du fonctionnement des bases de données informatiques, il apparaît nécessaire de se servir des connaissances du terrain pour construire des instruments de mesure pertinents.

Au sein d'administrations bureaucratiques organisées de manière hiérarchique, il demeure pourtant difficile de s'appuyer directement sur les agents de terrain. En ce sens, on est encore loin de l'idéal de modernisation qui préconise le management participatif reposant sur des apprentissages du bas vers le haut. Si les dirigeants détiennent la capacité à conduire ce type de projets, à créer et à faire perdurer les partenariats nécessaires à leur concrétisation, ce sont les agents de terrains et les techniciens qui possèdent les compétences techniques et les connaissances indispensables à la construction de tels outils. Mais cette logique du bas vers le haut se heurte encore bien trop fréquemment à l'organisation verticale des bureaucraties. Ce sont pourtant les pratiques de terrain qui permettent d'effectuer le travail « d'artisanat » indispensable, semble-t-il, pour construire des outils capables de « déjouer » et de venir à bout des dysfonctionnements engendrés par une modernisation administrative unilatérale. A l'heure actuelle, la culture hiérarchique des organisations ne facilite pas forcément une approche transversale des problèmes, tout comme la division entre les statuts peut dresser des barrières à la communication informelle pourtant nécessaire pour mettre en place des procédures de travail innovantes.

Réfléchir sur l'information et créer les « bons » partenariats; des étapes nécessaires pour objectiver l'effectivité

La mesure de l'effectivité - pouvant s'appuyer sur la quantification des phénomènes de non recours - passe par une réflexion sur l'information détenue par les organismes qui mettent en œuvre les dispositifs ciblés. Réflexion sur la qualité de cette information, sur la manière dont elle est - ou n'est pas - mobilisée et sur la manière dont elle peut être partagée et enrichie par l'information d'autres organismes.

Quelles conditions à la mesure de l'effectivité ?

Dans le cadre d'une gestion de flux des individus (de destinataires prioritaires, éligibles à des prestations soumises à des conditions de ressources ou d'activation), l'information utile pour la conduite des politiques change en effet de nature. Elle devient davantage prospective car il faut déterminer les publics éligibles (or tous ne le sont pas), et davantage réactive dans la mesure où l'éligibilité des bénéficiaires est très variable dans le temps. Elle peut parallèlement être un outil pour objectiver la mise en œuvre effective, sur le terrain, des politiques sociales ciblées. Dans ce but, les administrations ressentent la nécessité de s'interroger sur l'information qu'elle détienne, percevoir les « manques » informationnels et créer les bons partenariats pour acquérir ces informations. Les constats que nous avons formulés concernant la détection des personnes en situation de non recours à la CMU C ou à l'ACS démontrent

que le partage d'informations entre organismes, s'il est effectué de manière cohérente, peut être une solution pertinente pour répondre aux exigences de mesure d'impact.

Les conditions pour mesurer l'effectivité de ces dispositifs semblent donc être de plusieurs types :

- D'une part, les organismes doivent bien connaître l'information – ou les informations – qu'elle possède de manière à repérer celle qui leur fait défaut pour répondre à la question de l'effectivité,
- Ils doivent également connaître précisément le fonctionnement des outils (bases de données) utilisés en leur sein pour gérer cette information,
- D'autre part, ils doivent créer des partenariats avec d'autres organismes afin de combler leurs propres lacunes informationnelles et de dépasser les limites de systèmes informatiques créés unilatéralement,
- La mesure de l'effectivité doit également, à un moment donné, correspondre à une stratégie des organismes sociaux. Ici, les objectifs des COG et la mise en place de certaines réformes institutionnelles « contraignent » les organismes à se poser la question de l'accès aux droits et de l'impact des dispositifs sur les bénéficiaires visés. La prise en charge de ces préoccupations est davantage contrainte par ce type de document et par l'obligation de rendre des comptes au niveau budgétaire que par « *un élan généreux du type mieux connaître les publics en difficulté pour être plus solidaire* » (Warin, 2007)²¹.

La création de partenariats comme réponse à la fragmentation et au cloisonnement de l'information

Si l'on résume : concernant la CMU C et l'ACS, on peut se dire que chaque organisme détient une partie des informations nécessaires à la mesure de l'effectivité et qu'il est nécessaire de trouver ensemble les modalités pour mettre en commun ces informations. Il s'agit finalement de créer des partenariats et de les faire perdurer. En ce sens, il s'agit de s'interroger sur les capacités de ces organisations à opérer un changement dans leurs manières de travailler afin de répondre au défi de la mesure de l'effectivité. Le changement consiste à dépasser des logiques unilatérales, des intérêts propres pour valoriser le travail en partenariat qui semble mieux adapté au nouveau mode de fonctionnement des politiques sociales impliquant de multiples acteurs. Bien que la modernisation administrative se soit faite organisation par organisation - engendrant une insuffisance de coordination et de faibles relations entre systèmes informatiques -, les organisations doivent se mettre en capacité d'apporter maintenant des réponses partenariales.

Dans notre cas, les partenariats entre branches de la sécurité sociale ont constitué une source de partage d'informations. La mobilisation de partenaires nécessite, avant toute chose, d'échanger sur les pratiques et sur les missions de chacun, de manière à identifier les bons « partenaires ». « Bons » dans le sens où il faut repérer ceux qui peuvent fournir les informations stratégiques, manquantes et pourtant nécessaires à la réalisation de certains objectifs comme la mesure de l'effectivité. Dans le cas des dispositifs de la CMU C et de l'ACS, la première étude réalisée en 2006 a permis de définir les informations qui faisaient défaut et de réfléchir aux organisations qui pouvaient les détenir. Dans ce cadre, la connaissance des prestations connexes et des organismes qui les servent peut être nécessaire :

²¹ Philippe Warin, « Pas de politique d'accès aux droits sociaux sans information sur les publics vulnérables. Un défi pour les administrations », in *Recherches et Prévisions*, CNAF, mars 2007, n° 87.

en effet, après avoir mis en évidence les limites des bases de données et des informations des CPAM, il a nécessairement fallu déterminer les organismes qui allaient aider à surmonter ces limites. Parallèlement, il paraît indispensable de démontrer aux futurs partenaires l'intérêt qu'ils peuvent avoir à se lancer dans ce type de démarche. La mise en route de partenariats suppose ainsi une capacité d'observation, d'écoute et de compréhension de la logique de l'autre. Pour s'ouvrir sur leur environnement, les organisations doivent favoriser le dialogue qui apparaît comme un « *mode privilégié pour l'amélioration continue des pratiques dans les organisations qualifiantes et en réseaux et dans les organisations de type bureaucratiques* » (Giroux, Giordano, 1998)²².

Du côté des organismes sociaux et particulièrement des CAF, le changement d'orientation se profile déjà depuis déjà quelques années. D'une approche très bureaucratique pour assurer la gestion de masse, elles se sont progressivement orientées vers la mise en œuvre d'un service de qualité tendant à valoriser le développement des partenariats par exemple dans le domaine de la recherche de droits potentiels. Elles cherchent à dépasser les logiques induites par une bureaucratie trop mécaniste qui renforce le cloisonnement des services et des organisations. La réalisation des objectifs des Conventions d'Objectifs et de Gestion des branches Maladie, Famille et Vieillesse, signées entre les organismes sociaux et l'Etat doit nécessairement passer par la globalisation de la manière de penser. Concernant l'objectif d'améliorer l'accès aux droits des populations les plus démunies, il paraît essentiel de favoriser les liens et le partage d'informations entre des organismes qui gèrent des dispositifs connexes. Chacun doit s'interroger sur le fonctionnement et les pratiques des autres structures afin d'imaginer des modalités pour valoriser les ajustements mutuels et pour développer des démarches davantage transversales et participatives.

Entre avancées et piétinements : les tentatives d'innovation des organismes sociaux

Les différents constats qui viennent d'être formulés démontrent que l'analyse en termes de *path dependency* peut être pertinente pour expliquer certaines des difficultés rencontrées pour mesurer l'effectivité des dispositifs de l'Assurance Maladie. L'examen au plus près des programmes permet en effet d'observer concrètement « *comment [...] des administrations dépendent sur le long terme un design institutionnel ancien qui fixe (et fige) les règles en matière de performance économique et politique. Le sentier de dépendance caractérise le langage commun, les rites et les normes qui pèsent à la fois sur les membres d'une communauté et sur ses ambitions collectives, arrimant en quelque sorte l'épaisseur sociale de chaque milieu institutionnel au temps long de son histoire et de ses principaux événements fondateurs*²³ ».

Les difficultés de valoriser les apprentissages organisationnels du bas vers le haut semblent significatives de ce « design institutionnel » qui peut freiner les capacités d'innovation des organismes sociaux. Concernant l'information organisationnelle des organismes de Sécurité sociale, il est également flagrant que certains choix effectués dans le passé ont favorisé le développement d'une information unilatérale et la création d'outils organisation par organisation. Des exemples de projets locaux montrent que certains organismes publics ont tenté dans les années 70 de réunir les conditions nécessaires à l'objectivation de l'effectivité, en cherchant notamment à améliorer les systèmes d'informations et les procédures

²² Nicole Giroux, Yvonne Giordano, « Les deux conceptions de la communication du changement », in *Revue Française de Gestion*, 1998, n° 120, p. 139 – 151.

²³ Alain Faure, (2006), « Décentralisation et Europe : les sentiers de dépendance du développement local », in *Forum des Territoires*, Vol. Été 2006, p. 165- 173.

dématérialisées interinstitutionnelles. Les choix nationaux fait à l'époque - qui ont conduit à l'échec de ce type d'expériences locales – ont largement contribué à l'instauration d'une information propre à chaque branche de la Sécurité sociale. Les processus de changement institutionnel qui seraient actuellement nécessaires pour adapter les organismes sociaux aux configurations partenariales « *subissent les contraintes posées par des règles choisies précédemment* »²⁴.

L'expérience des organismes sociaux de Grenoble : un essai « d'intégration horizontale » visant le partage d'informations

Pour illustrer notre propos, revenons sur une expérience locale – Grenobloise - de la fin des années 1960 qui tendait à valoriser le partage d'informations pour améliorer la gestion de la population des organismes sociaux et pour répondre de manière pertinente aux exigences des politiques publiques. Dans les années 1965/ 1970, la CPAM de Grenoble a en effet constitué le terrain d'un travail innovant sur la question de l'information détenue par les organismes de trois des quatre branches de la Sécurité sociale, à savoir les branches Famille, Maladie et Recouvrement. Il s'agit avant toute chose de replacer cette expérience dans le contexte de l'époque : au milieu des années 60, la CPAM de Grenoble figurait au nombre très rare de ces caisses dont les graves défaillances de fonctionnement avaient conduit l'Inspection Générale à contrôler et à suivre de près son fonctionnement par une mission de longue durée sur place, puis par missions périodiques. L'organisme était en effet installé dans une situation de chaos telle que son redressement ne pouvait se concevoir sans une réorganisation fondamentale de ses structures d'abord, puis par la constitution d'une nouvelle équipe dirigeante.

Les hommes désignés à cet effet ont choisi l'informatique pour mettre fin au chaos et ont conduit pendant plusieurs années une expérience des plus originales dans le domaine de l'utilisation intelligente de l'information. Il s'agissait de substituer à la raideur du verticalisme de gestion, le principe de l'horizontalité par la mise en commun d'informations. L'expérience de Grenoble était donc singulière car elle se proposait de regrouper, dans un fichier commun, les informations détenues par l'Union de Recouvrement (URSSAF), la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Le principe était de reconstituer « l'Homme social »²⁵ dans ces différentes composantes (familiales, sociales, économiques et financières) en regroupant des informations jusque-là disséminées, le plus souvent inutilisées ou alors mal employées. L'idée prit corps au sein d'un atelier électronique inter-organisme (AEIO).

L'utilisation « intelligente » de l'information pour améliorer la gestion de la population et créer un système d'aide à la décision

Les avantages d'une telle gestion apparaissaient multiples : le principal atout consistait dans l'instauration d'une série de simplifications administratives pour l'assuré lui-même auquel allait être évitée la contrainte d'avoir à fournir plusieurs fois le même renseignement à des organismes différents. Cette mise en commun des données évitait du même coup aux caisses associées à l'expérience, de détenir des informations redondantes, participant ainsi à une plus grande richesse du fichier et le rendant encore plus vivant²⁶.

²⁴ Laurie Boussagnet, Sophie Jacquot, Pauline Ravinet (dir.) *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, 2004.

²⁵ IGAS, *Rapport concernant la situation de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Grenoble*, Paris, 1982.

²⁶ Louis Péresse, *Système informatique de gestion des organismes de Sécurité sociale : expérience de Grenoble*, 1973, Grenoble.

Le système permettait également d'envisager une véritable aide à la décision des organismes de base mais aussi à l'échelon gouvernemental : au niveau des organismes de base, le processus décisionnel se trouvait en effet radicalement inversé. Les assurés n'avaient plus besoin dans un certains nombres de cas d'interpeller les caisses pour solliciter un droit ou un avantage ; ceux-ci les acquéraient par une procédure ou signalement automatique assimilée par le système. Cette mise en commun de l'information préfigurait enfin la création d'observatoires régionaux à partir desquels il devenait possible de mesurer des décisions gouvernementales de caractère sanitaire et social. Les résultats de ces tests auraient été de nature à mieux adapter la portée et le contenu d'une prestation et d'en améliorer ainsi la signification.

Selon les termes de l'ancien directeur²⁷ de la CPAM de Grenoble qui supervisait ce travail inédit, « *l'expérience de Grenoble était une recherche pour améliorer la gestion de l'Institution et de la population assujettie. Elle visait donc à dépasser les procédures de traitement classique [...]. Il impliquait cette coordination interbranches et reposait essentiellement sur la richesse, la fiabilité et l'efficacité découlant du regroupement des informations* ». Selon lui, « *il était évident que l'on ne pouvait connaître vraiment la situation des assurés, c'est-à-dire savoir dans quelle mesure le système de garantie sociale était efficace, qu'en rassemblant tous les éléments et en faisant le bilan des ressources et des dépenses, au niveau de chaque famille* ». L'expérience ne découlait pas uniquement d'un souci de perfectionnement de l'informatique: elle paraissait également indispensable pour affiner la connaissance des phénomènes sociaux au-delà de la statistique et pour pouvoir les influencer. L'un des objectifs qui guidait en effet cette expérience locale était d'améliorer les instruments de pilotage disponibles et la diffusion des techniques d'évaluation. Le constat fait à l'époque par le directeur de la Caisse était celui-ci : « *l'Assurance Maladie dispose d'une masse très riche d'informations écrites comptables et financières, de données sur l'activité des médecins et des hôpitaux, de statistiques descriptives de la configuration du système de soins, d'informations sur les publics mais cette masse demeure relativement inerte et peu propre en tout cas à fournir les instruments d'une régulation consciente* ». Il mettait parallèlement l'accent sur la portée restreinte des indicateurs de résultats, sur le développement trop limité des études sur les comportements de consommation de soins et le recours au système de santé et sur l'inexistence quasi complète de procédures d'évaluation de la qualité et de l'efficacité des dispositifs. Par la création de nouveaux outils informatiques pour mobiliser l'information, il s'agissait notamment de mesurer en moyenne et longue période les effets des politiques ; des instruments existaient déjà mais restaient encore largement fondés sur une approche de l'impact (population traitée).

A l'époque, les responsables de l'expérience de Grenoble justifiaient le besoin de partager l'information par des arguments très proches de ceux utilisés actuellement : l'importance des transferts sociaux dans les ressources des ménages pauvres commandait en effet qu'une attention toute particulière soit portée à la façon dont les plus déshérités bénéficiaient des prestations. Il était notamment question de faciliter l'accès aux droits, de veiller à la régularité et à la célérité des versements en travaillant sur les conditions de médiatisation des aides et sur la connaissance des situations des personnes. L'accès aux droits était, selon les responsables, fonction d'une information très diffuse et personnalisée. L'effort d'accueil et d'information mené par les différentes caisses devait donc être démultiplié.

²⁷ Entretien réalisé avec Monsieur Péresse, directeur de la CPAM de Grenoble dans les années 1960 et responsable de l'expérience « Informatique Horizontal ».

Une expérience locale probante, mais une volonté nationale de préserver l'indépendance des branches

Au niveau local, cette expérience novatrice était une réussite. Le partenariat impliquant CAF, CPAM et URSSAF de Grenoble fonctionnait de manière cohérente et efficace. Chaque organisme avait compris l'intérêt de mettre en commun des données pour faciliter la gestion et la mise en œuvre des dispositifs, mais également pour améliorer le service rendu à l'utilisateur. Les outils utilisés au sein de l'atelier informatique et notamment le recours à un système de gestion de bases de données étaient extrêmement innovants dans le domaine de la Sécurité sociale et laissaient présager une utilisation efficace et facilitée de l'information. Cependant, les Caisses nationales, qui venaient à l'époque d'être créées, ont constamment et délibérément refusé de fournir des moyens matériels suffisants pour poursuivre cette expérience. Au niveau national, aucune décision négative ou positive concernant la poursuite ou l'extension du projet n'a jamais été prise.

L'expérience a donc pris lentement fin faute de moyens et de volonté des organismes nationaux pour la faire perdurer. La montée en puissance des Caisses nationales se faisant indépendamment les unes des autres, la poursuite de l'expérience impliquant branche Maladie, Vieillesse et Recouvrement se voyait largement compromise. A partir du moment où les risques – maladie et famille notamment – ont été gérés séparément au niveau central, les organismes sociaux locaux n'ont eu d'autre choix que de suivre le même chemin. Par ailleurs, la volonté de contrôle du local par le central s'est traduite par une action symbolique de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie qui, au début des années 1970, a fait de l'Atelier informatique (AEIO) créé à Grenoble un « centre national d'informatique », dépendant directement d'elle. La CNAM a ensuite rapidement lancé la mise en place d'un outil informatique de gestion des droits spécifiquement destiné à la branche maladie de la Sécurité sociale.

Cette expérience démontre que la question du partage d'information entre organismes sociaux n'est pas nouvelle. Cependant, à l'époque, ce partage semblait facilité parce que les Caisses n'étaient que très peu équipées en matière informatique. Tout était à faire et aurait pu être fait. Au commencement de ce projet, l'informatisation des caisses était en effet quasiment inexistante, et pouvait donc être pensée et créée de manière partagée. Mais les normes et les règles imposés par les organismes centraux ont contraint le local à suivre une autre voie : celle de la modernisation organisation par organisation destinée notamment à favoriser l'émancipation de chacune des branches. Si à l'époque, le partage de l'information et l'interopérabilité des bases de données auraient pu être mis en place assez facilement, avec le temps cela est devenu difficile. Les décisions et les choix fait à ce moment là ont déterminé un chemin qui explique, qu'actuellement, le partage d'information - pourtant nécessaire - n'aille pas de soi.

Des questions qui avaient été évoquées à l'époque se posent de nouveau actuellement. Comment améliorer la connaissance qu'ont les organismes sociaux des assurés pour mieux répondre à leurs besoins ? N'est-il pas possible de créer des instruments de pilotage pour mesurer l'impact des dispositifs et les effets sur les populations ? Des éléments de réponse avaient été imaginés localement. Aujourd'hui, l'information détenue par les organismes sociaux doit être « révisée ». Il faut poser sur celle-ci un regard réflexif et imaginer son décloisonnement afin de créer les conditions nécessaires pour répondre notamment à la question de la mesure d'impact. Les choix faits au moment de la montée en puissance des organismes nationaux de Sécurité sociale ne facilitent pas la mobilisation partagée de cette

information. Les difficultés rencontrées pour construire un outil de mesure de l'effectivité font ressortir des problèmes latents : le cloisonnement des systèmes informatiques, le manque de partage d'information entre les organismes sociaux, le décalage des réglementations, les faibles processus d'apprentissage du bas vers le haut. Bien que des politiques de réforme aient été engagées dans les administrations depuis plus de trente ans notamment en matière d'informatisation, l'observation du terrain révèle que la « *gestion publique piétine, se lance dans des expériences sans lendemain ou réinvente ce qu'elle a déjà pratiqué quelques années plus tôt* ». En d'autres termes, « *l'administration apprendrait mal [et] cultiverait des tendances amnésiques qui la conduiraient à réinventer la roue, à nier les acquis du passé.* »²⁸

L'empreinte des origines contraint le présent dans des « modes de faire » qui semblent inadaptés à l'organisation de certains dispositifs sociaux actuels. Dans le cas de dispositifs connexes tels que le RMI et la CMU C, il paraît improbable que les organismes en charge de ces prestations ne travaillent pas ensemble. L'information qu'ils détiennent doit désormais prendre une place primordiale dans le pilotage des politiques ciblées. De l'existence, de la qualité et de la mobilisation de cette information dépend certainement la capacité des organisations à atteindre les bonnes populations et à bien orienter les moyens. Il y a donc là un objectif politique majeur qui pèse sur l'orientation des politiques sociales aujourd'hui, qui attend un réajustement dans le pilotage des prestations et aides sociales à travers une révision de l'information sur les publics concernés.

Conclusion

La question posée était celle de la légitimité par l'effectivité : dans l'objectif de légitimer les nouvelles formes de politiques sociales, la mesure de l'effectivité constitue, selon nous, un premier niveau d'analyse. Afin de répondre aux objectifs d'égalité et de justice sociale, il paraît ainsi important de vérifier que les individus dépositaires de tel ou tel droit les reçoivent effectivement.

Cependant, la mesure de l'effectivité ne peut pas boucler la question de la légitimité des politiques sociales. Car dans la situation d'un dispositif qui n'atteindrait que très peu ces cibles, il serait indispensable de comprendre les causes de cette ineffectivité. Dans la continuité de notre réflexion utilisant les termes de l'évaluation des politiques publiques, il s'agirait de mobiliser, dans un second temps, le critère de pertinence, entendu comme le rapport entre les moyens mis en œuvre et les besoins d'une population. La détection des droits et la quantification du non recours est en effet étroitement liée à la notion de détection et de compréhension des besoins²⁹. Pour mener des réformes législatives légitimes, il peut en effet être nécessaire de s'enraciner sur les situations concrètes et d'en améliorer la connaissance.

En ce sens, le repérage et la mesure ont tout intérêt à être suivis d'un travail qualitatif de compréhension des phénomènes de non recours afin de mettre en exergue les explications pertinentes. On peut alors parler de légitimité par les besoins : car l'ineffectivité d'un dispositif peut être due au fait que les personnes « ne veulent pas » de ce dispositif parce qu'il ne correspond pas à leur besoins. Mais l'ineffectivité peut aussi être la conséquence d'un manque ou d'un défaut d'informations des populations ciblées. Ces explications, de différents types, ne questionnent pas de la même manière - ni avec la même intensité - la légitimité des politiques sociales.

²⁸ Patrick Gibert et Jean- Claude Thoenig, « La gestion publique : entre l'apprentissage et l'amnésie »,

²⁹ Jean Michel Bélorgey, « Comment mieux détecter les droits des pauvres ? », Paris, 2001, Science Po Formation/ CNESSS.

Le cheminement du critère d'effectivité vers le critère de pertinence démontre que l'approche évaluative peut être un outil conceptuel de la légitimité. Selon nous, c'est en interrogeant notamment ces deux critères évaluatifs que l'on peut nourrir la réflexion sur la légitimité des politiques sociales et par la même que l'on peut réfléchir à la reformulation des politiques publiques vers une adaptation de leurs objectifs.