



## "La nouvelle gouvernance de l'État social et le management des désaffiliés"

Pascal Martin

*« L'État social n'est qu'un moment dans la longue histoire des solidarités humaines, (...) et les formes (...) diverses qu'il a pu prendre, ne sont ni assurées ni définitives (Supiot, 2013, p. 18) »*

---

### Texte intégral

Dans le cadre de notre recherche, nous analysons la nouvelle gouvernamentalité (Foucault, 2004) de l'État social. S'inscrivant dans le processus d'effritement de la société salariale (Castel, 1995), les « métamorphoses de l'État social », et tout particulièrement les politiques relatives à la réforme de l'assurance maladie, prennent appui sur le déploiement d'un nouveau management<sup>1</sup> pour la réalisation de ces politiques.

Dans un premier temps, la logique managériale à l'œuvre dans l'institution, a transformé l'organisation du travail, le contenu des formations et les interrelations aux guichets (agents/usagers). Ainsi, l'objectif d'amélioration de la relation « clientèle » sous-tend un changement d'organisation de l'accueil adossé à la formation d'un prestataire externe (malgré l'existence d'un service de formation professionnelle interne) portant notamment sur la gestion des « publics difficiles » qui vont modifier les pratiques des agents d'accueil. Les prestations de formation visent à « changer la culture d'entreprise » des agents de l'institution et véhiculent des représentations (voire des clichés) de « bons » et de « mauvais » clients, de « bons » et de « mauvais » pauvres (réactivant des figures d'« assistés » ou encore de « profiteurs »). Celles-ci participent du classement – et par conséquent du déclassement – des différentes catégories d'usagers dans le cadre de la nouvelle « gestion de la file d'attente ».

Dans un second temps, la réforme managériale de l'assurance maladie, tout en poursuivant son extension à l'intérieur de l'institution, déborde ses propres murs. Ainsi la *gouvernance managériale* tend à « externaliser » l'accueil des « assistés » en enrôlant des structures

---

<sup>1</sup> Il est enchâssé dans des objectifs de maîtrise des dépenses, de lutte contre les fraudes (érigée en « problème public » (Dubois, 2012))

« partenaires » extérieures (sans se départir de la gestion des dossiers). Parmi celles-ci - et c'est sans doute là l'une des singularités de la présente recherche - nous comptons à la fois des associations (secteur privé), des structures médico-sociales (Permanence d'accès aux soins de santé, des centres de santé<sup>2</sup> et de Protection maternelle et infantile<sup>3</sup> (secteur public)). Il nous semble que l'émergence de cette *nouvelle gouvernance de l'État social* combine une forme de « gouvernement à distance » (Hassenteufel, 2008) à une « gouvernance par les nombres » (Supiot, 2015). Dans la mesure où celle-ci articule aux dispositifs visant à pallier l'incurie de l'assurance maladie dans le traitement des populations désaffiliées des objectifs managériaux de « modernisation » et d'« amélioration des performances de l'accueil ».

Dans le prolongement des réformes libérales de l'ère Thatcher en Grande-Bretagne, des dispositifs palliant les carences de l'État social – mobilisant les associations « communautaires » - ont vu le jour depuis de nombreuses années (Siblot, 2006). Cela n'est pas sans lien avec le fait que le modèle anglo-saxon actuel (États-Unis, Australie et Grande-Bretagne) correspond à l'idéal-type de l'*État social libéral* (Esping Andersen, 1999). Déjà la mise en œuvre concrète de la Couverture maladie universelle (CMU) en France (en 2000) présentait des caractéristiques communes avec ce modèle *libéral* renouant avec la logique de l'assistance (prestations sous condition de ressources, financement par l'État). Poursuivant nos recherches sur l'articulation entre l'accès au droit et aux soins, le recours de l'assurance maladie à des « partenaires » extérieurs pour traiter les publics les plus désaffiliés, constitue-t-il une nouvelle avancée vers la dualisation de l'État social ?

### **Une « gestion de la file d'attente » pénalisant les « désaffiliés »**

À partir d'un travail ethnographique dans une caisse primaire d'assurance maladie de la région parisienne, l'analyse des interrelations au guichet entre les agents et les usagers porte au jour l'articulation de la logique managériale du *benchmarking* (démarche qualité) aux opérations de classement (et de déclassement) des différentes catégories d'usagers. Pour l'activité d'accueil en général, l'évaluation de la « qualité du service » et du travail des agents se fonde sur un indicateur (la durée de l'entretien), des normes quantitatives qui classent et sanctionnent, suivant les chiffres réalisés, depuis le sommet de l'institution jusqu'aux *street level bureaucrats* (Lipsky, 2010).

---

<sup>2</sup> Ils sont régis depuis 2002 par un « accord national » entre l'assurance maladie et les organisations représentatives des centres de santé.

<sup>3</sup> La PMI relève de la compétence des départements.

### Les trois niveaux d'accueil

Le premier niveau d'accueil (appelé pré-accueil) est un passage obligé pour l'ensemble des usagers se déplaçant à l'accueil. L'agent dispose de 3 minutes maximum (cela permet le règlement de dossiers simples).

L'accueil « deuxième niveau » sert à orienter les usagers dont le dossier nécessite une durée de traitement plus longue, elle varie suivant les centres entre 10 et 20 minutes.

Le troisième niveau est « l'accueil sur rendez-vous », la durée d'entretien y est de 30 minutes, il est prévu pour les cas les plus complexes (i.e. les dossiers CMU-Complémentaire et Aide médicale État (AME)).

Les assurés sociaux (cotisants, logique d'assurance) sont généralement servis aux deux premiers niveaux d'accueil le jour même, les désaffiliés (non cotisants, logique d'assistance), eux, doivent impérativement prendre un rendez-vous.

La nouvelle configuration de l'accueil physique distingue trois niveaux d'accueil. À chacun d'eux est corrélée une durée d'entretien maximale (encadré ci-dessus), mesurée et enregistrée dans le logiciel informatique (Sirius). L'objectif local fétiche étant de traiter « 80% des demandes en moins de trois minutes ». *In fine*, les publics les plus précaires supportent la durée d'attente la plus longue.

Ces indicateurs strictement quantitatifs sont mobilisés pour procéder à l'évaluation individuelle des agents. Ainsi les conditions de possibilité de l'attribution de « pas de compétences<sup>4</sup> » (promotion individuelle) sont intrinsèquement corrélées aux « tableaux de bord » statistiques portant sur l'accueil. L'évaluation individualisée en usage engendre une logique de concurrence généralisée qui favorise des comportements individualistes pour « faire » de « bons chiffres » au détriment des formes d'action collectives. Pour le dire d'une façon triviale, il convient de recevoir un maximum d'usagers en un minimum de temps, sans autre considération relative à la qualité de la réponse apportée !

Pour le coup, cette « gestion de la file d'attente » pénalise les désaffiliés, les « inutiles au monde » (Castel, 1995) qui « embolisent<sup>5</sup> » l'accueil et qui posent objectivement un problème

---

4 Soulignons l'ambiguïté du terme « pas » désignant aussi bien un « pas » en avant que la négation de compétences.

5 Ce terme avait retenu toute mon attention dans une interview accordée par le directeur général de l'organisme à l'Express (article publié le 01/03/2005). Présentant sa conception de la modernisation du service public (et accessoirement pour améliorer les mauvais résultats enregistrés dans l'organisme), il s'inquiétait du fait que les populations précaires « embolisent » l'accueil ; ce dernier devant permettre de répondre aux besoins des « classes moyennes » lorsqu'elles sont malades. En prolongeant nos recherches, on a découvert, non sans surprise, que ce vocable (diagnostiquant une situation « pathologique ») était également employé par des représentants d'une association caritative, pour illustrer un pic d'affluence perturbant le bon déroulement de leur activité. Or, les populations visées correspondaient là encore aux franges les plus précarisées. La transmission de ce terme, de l'assurance maladie au monde associatif humanitaire, m'était apparue comme un signe de la « contagion » du discours managérial dans des espaces où l'on ne s'attendrait pas à trouver en usage les catégories de pensée et/ou la novlangue managériale. Or, il n'est pas rare que soient, recrutés de jeunes responsables d'associations caritatives

(compte tenu du temps nécessaire à l'instruction de leurs dossiers complexes) pour atteindre les objectifs prédéfinis de « qualité de l'accueil ». Le traitement des demandes des désaffiliés exclusivement sur rendez-vous augmente mécaniquement leur durée d'attente<sup>6</sup> et participe de la « construction » des « bons chiffres ». Par ailleurs, ils sont très souvent (re)présentés comme des « assistés », suspectés d'être des fraudeurs potentiels abusant de notre modèle d'État social.

*Une proximité ambivalente : entre les agents « emplois-jeunes » et les usagers « exclus »...*

À travers la montée en charge du dispositif de la CMU (mise en place au 1<sup>er</sup> janvier 2000), l'assurance maladie se voit confier la gestion d'une fonction d'État visant essentiellement à la prise en charge des publics désaffiliés (un nouveau public pour l'assurance maladie). À cette occasion, entre juin et juillet 2000, la CPAM va, à titre exceptionnel, embaucher une centaine d'emploi-jeunes assurance maladie (EJAM) pour assurer le traitement des dossiers de CMU<sup>7</sup> (accueil physique du public demandant à bénéficiaire de la CMU et traitement en « *back office* » des dossiers déposés à l'accueil relatifs à cette prestation sociale). L'arrivée et la prise de fonction des EJAM va entraîner un repli quasi-systématique des agents « statutaires » sur les niveaux d'accueil dédiés aux usagers relevant de la logique des assurances sociales (i.e. ayant cotisé pour disposer d'une ouverture des droits) ; alors que les agents plus chevronnés étaient sans aucun doute plus aguerris pour faire face à ces situations « difficiles », à la fois sur les plans technique, social et humain, caractérisant les populations en situation de grande précarité.

Parallèlement, la notion ambiguë de « proximité » fut un instrument mobilisé pour le recrutement exclusif, sous ce type de contrat, de jeunes dont les origines sociales et ethniques<sup>8</sup> (« enfants de l'immigration ») étaient, en quelque sorte, ajustées à celles présumées des prétendants à la CMU sur ce département. Cette division sociale du travail à l'accueil fut

---

ou humanitaires, formés dans les filières scolaires « fabriquant » des futurs managers. Pour preuve, la responsable de l'association en question, recrutée récemment, est diplômée d'un Institut d'Études Politiques (IEP). Par ailleurs, aux côtés des étudiants issus de classes préparatoires, ceux des IEP sont très fortement représentés parmi les lauréats admis aux concours d'entrée à l'École Nationale Supérieure de Sécurité Sociale (EN3S) destinant aux postes d'agent de direction dans les organismes sociaux. Autrement dit, cet « ethos managérial » (Martin, 2015) tend à se généraliser, y compris au sein de l'État social où la rationalité économique tend à devenir la mesure de toute chose. 6 Après un premier déplacement à l'accueil, la liste des pièces à fournir pour une demande de CMU ou d'AME leur est communiquée au pré accueil (en 3 minutes maximum !). La suite du traitement est renvoyée à une date ultérieure contrairement aux deux premiers niveaux d'accueil.

7 La mise en œuvre du dispositif date officiellement du 1er janvier 2000. Dès la fin des années 1990, des agents, déjà en poste à la CPAM, s'étaient portés candidats et avaient été sélectionnés pour travailler à l'accueil auprès des publics touchés par la précarité. Ils avaient ainsi bénéficié d'une revalorisation de leur coefficient d'emploi en devenant : conseiller assurance maladie (CAM). Autrement dit, de fin 1999 jusqu'à la fin du premier semestre 2000, ces mêmes agents sont formés sur la CMU et traitent les demandes des usagers concernés. Or, pour justifier le recours à des contrats « emploi-jeunes », la direction de la caisse met en avant la dimension de « nouvelle mission/nouveau métier » attachée à la CMU. À cet égard, l'antienne à laquelle ont été confrontés les EJAM qui, pour ne pas être cantonnés au pré-accueil et à l'accueil CMU (troisième niveau), ont manifesté le désir de faire de l'accueil de « deuxième niveau » - ayant reçu des formations complémentaires ad hoc - fut la suivante : « Vous avez été embauchés pour ça (le traitement de la CMU) ! ». Déniant ainsi la phase antérieure de recrutement des CAM et de revalorisation du « métier » de l'accueil.

8 Le niveau d'étude des jeunes recrues étant compris entre bac et bac+2 avec une très nette surreprésentation de bac professionnels.

dominante pendant plusieurs années. Elle a commencé à s'estomper lorsque l'ensemble des agents d'accueil a été regroupé dans une seule et même catégorie d'emploi<sup>9</sup> (Conseiller Assurance Maladie) en 2006. Fait troublant, cette nouvelle classification coïncida avec la fin annoncée des aides publiques pour le financement de ce type d'emplois, la durée en ayant été limitée à cinq ans.

D'une part, la réorganisation de l'accueil a donc réactivé la tension séculaire entre les logiques d'assurance et d'assistance. Les personnes relevant de cette dernière doivent s'armer de patience. Après s'être déplacées une première fois à l'accueil, elles devront s'exécuter à nouveau, subordonnées aux disponibilités d'un planning de rendez-vous souvent chargé. Dans le meilleur des cas (aucun retour du dossier exigeant des documents complémentaires et obligeant à un nouveau déplacement – voire une nouvelle prise de rendez-vous), il se sera écoulé au bas mot deux ou trois mois. Les effets dissuasifs produits par ces procédures et délais participent sans aucun doute du non-recours aux prestations sociales. Ce « parcours du combattant » pour l'accès au droit donne à voir une figure allégorique de l'expression « prendre son mal en patience », mais encore faut-il le pouvoir. En effet, si pour le coup cela suppose d'avoir du temps à dépenser, force est de constater qu'il faut aussi « avoir la santé » ; ce qui risque de faire défaut aux individus dont l'accès aux soins presse. Or, est-il besoin de rappeler que les populations précaires sont justement celles dont le recours aux soins est le plus tardif, si tant est qu'elles n'y renoncent pas purement et simplement.

D'autre part, l'arrivée de ce nouveau public va donner lieu à la mise en œuvre d'un « nouveau gouvernement des pauvres » (Dubois, 2009). Le management qui leur est réservé va se montrer excessivement rigoureux. On assiste à l'amorce de transformations inédites de la Sécurité sociale à partir du moment où celle-ci se voit attribuer une fonction de l'État : celle d'*assistance d'État*. À l'individualisation par l'évaluation s'articule une individualisation du traitement, par les agents, de la demande de prise en charge des usagers « assistés ». Celle-ci tient à l'exercice d'un pouvoir discrétionnaire caractéristique des pratiques d'instruction des dossiers de CMU-C et d'AME. Autrement dit, l'agent suivant ses dispositions peut favoriser ou non l'accès au droit de l'utilisateur. La forme de domination ainsi déployée oblige l'utilisateur auquel on facilite l'accès au droit (en allant parfois jusqu'à contourner certaines règles). Ainsi, incarnant l'État au guichet de l'assurance maladie, l'agent d'accueil exerce une forme de pouvoir pastoral (Foucault, 2004) qui rend l'utilisateur dépendant.

... *Entre les fonctions d'État : d'assistance et de police*

Sur fond de lutte contre les fraudes les bénéficiaires de l'assistance d'État (CMU-C et AME), comptant parmi eux une proportion importante d'étrangers et/ou d' « enfants de

---

<sup>9</sup> En effet, auparavant, les personnes ayant été embauchées comme emplois-jeunes avaient des intitulés d'emplois spécifiques. Dans ces derniers, le terme de « proximité » était présent avec une double connotation ambiguë relative à la proximité désignée : le travail de proximité réalisé à l'accueil couplé à la proximité « culturelle » des accueillis et des accueillants.

l'immigration » (Sayad, 2014), sont fréquemment désignés comme des « assistés », des « fraudeurs », « mettant en péril le modèle social français ». Ainsi observe-t-on un certain brouillage entre les fonctions de la main droite et celles de la main gauche de l'État (Bourdieu, 1993) ; l'accueil des publics précaires à l'assurance maladie s'apparente, sous bien des aspects, à celui des « guichets de l'immigration » (Spire, 2008) (notamment du fait de la proximité des publics concernés et de la généralisation d'une « politique du chiffre » dans ces deux institutions).

### **Un pouvoir discrétionnaire partagé en « deux corps »**

Le pouvoir discrétionnaire comme façon de jouer avec les règles du jeu manifeste la dualité constitutive du rapport d'un agent à sa fonction telle que l'a proposé Vincent Dubois dans son analyse des « deux corps du guichetier » (Dubois, 2003, p. 79-81) en s'inspirant du travail princeps qu'Ernst Kantorowicz a consacré à la construction juridique de la métaphore des deux corps du roi (Kantorowicz, 1989). La dualité corps naturel, faillible, mortel (le roi : individu comme tel voué à la mort) et corps surnaturel (mystique), infaillible, immortel (incarnation du royaume tout entier) au fondement de la construction de la royauté en Europe qui, au terme de plusieurs mutations, aboutit à une représentation sacralisée de l'État, se retrouve ainsi à tous les niveaux de la bureaucratie, dans chaque agent. Le guichetier est indissociablement une personne fictive – un élément d'une institution remplissant une fonction « publique », un agent de l'institution au sens propre – et un individu produit d'une histoire avec son lot d'affects, de sentiments, de raison, sa morale, ses forces et ses faiblesses. Ainsi, selon le contexte, les situations et les relations interpersonnelles qui se nouent, le comportement de l'agent d'accueil s'écartera plus ou moins de l'exercice pur et simple de sa fonction bureaucratique. L'investissement dans la relation avec l'utilisateur réalise différents cas de figure en rapport avec les affects et les sentiments éprouvés par l'agent, dont la nature dépend d'une combinaison complexe de déterminants. Si les catégories de perception (propres à ses dispositions socialement constituées) avec lesquelles l'agent classe d'emblée le demandeur sur un axe de représentations « mauvais » pauvre/ « bon » pauvre jouent un rôle initial important dans l'engagement de la relation – déterminant soit une tendance à l'empathie, soit au contraire un *a priori* de méfiance – les sentiments de l'agent évoluent en fonction de la dynamique de la relation. Les stratégies de présentation de soi de l'utilisateur, les réponses qu'il apporte aux questions posées, l'adéquation de son comportement aux attentes de l'agent sont autant d'éléments susceptibles de renforcer ou de faire changer la perception première de ce dernier. D'où des situations très contrastées allant de la manifestation d'hostilité à peine déguisée vis-à-vis d'un demandeur chargé de nombreux attributs négatifs (« fraudeur potentiel », « grossier », « profiteur »)<sup>10</sup> à l'expression d'une réelle sympathie pour un individu dont la souffrance et le malheur ont ému l'agent. Dans ce dernier cas, comme l'avait déjà observé Philippe Corcuff, l'agent est sujet « à une tension (...) entre un sens ordinaire de la compassion

---

<sup>10</sup> Certains agents trouvant là une opportunité d'exprimer leur racisme.

et un sens non moins ordinaire de la préservation de son intégrité personnelle »<sup>11</sup> (Corcuff, 1996, p. 34). La compassion, souligne Vincent Dubois (*Ibid.*, p. 121-123) en complétant l'analyse de Philippe Corcuff, est surtout observée lorsque l'agent d'accueil peut se projeter dans la situation exposée (soit pour avoir déjà connu une situation semblable, soit en s'imaginant pouvoir y être confronté) et/ou se tenir dans une relation de proximité avec l'utilisateur en raison de l'âge, du sexe, de la position sociale et/ou de l'origine ethnique. Notre travail, qui articule ici l'analyse des « relations au guichet » aux transformations institutionnelles liées au nouveau mode de gouvernement managérial de la Sécurité sociale, nous permet de compléter la proposition de Dubois. Les dispositions à entrer en empathie avec les usagers sont aussi déterminées par le degré auquel les agents ont intériorisé les représentations institutionnelles des « bons » et des « mauvais » usagers (c'est-à-dire des usagers vis-à-vis de qui entrer dans une relation empathique est ou non de mise). Autrement dit, et dans la mesure où les agents d'accueil constituent un groupe dont l'hétérogénéité sociale et générationnelle se traduit par des différences d'adhésion au discours dominant, tous les agents ne manifestent pas de dispositions à l'empathie pour les mêmes catégories d'usagers. Les différences en termes de conceptions du rôle et de fonction de l'agent sont à l'origine d'un clivage. D'un côté, ceux qui, ayant choisi de travailler à la Sécurité sociale pour la dimension « sociale » des activités, valorisent leur rôle d'aide aux populations en difficultés. Il s'agit plus souvent d'agents entrés dans l'organisme dans une époque antérieure, avant que les politiques managériales n'aient fait sentir leurs effets et qui ont fait le choix de rester à l'accueil. Cette conception « sociale » de la fonction d'agent d'accueil est corrélée à une tendance à éprouver de l'empathie pour les usagers les plus démunis et avec l'usage d'un pouvoir discrétionnaire pour permettre la satisfaction de leur demande. De l'autre côté se trouvent les agents qui refusent toute assimilation de leur travail « à celui des assistantes sociales », pour mettre l'accent sur la dimension éducative de leur fonction. Ce sont plutôt des « jeunes », qui n'ont connu de la Sécurité sociale que son mode de fonctionnement actuel et ont acquis une vision de leur travail à travers la formation délivrée par l'organisme. Dans la conception qui est la leur, le rôle de l'agent à l'accueil n'est pas d'aider l'utilisateur à obtenir satisfaction mais de chercher à le responsabiliser dans sa démarche. Pour y parvenir, l'empathie n'est pas de mise, il faut au contraire se garder de toute propension à se mettre à la place du demandeur. Si cette tendance à la mise à distance affective s'ajuste à l'exercice de la pure fonction bureaucratique, elle sert ici des buts pédagogiques qui l'outrepassent pour satisfaire la conception idéologique fondant la vision institutionnelle dominante du traitement social des usagers relevant de l'assistance<sup>12</sup>. Dans certains cas, l'agent cherche clairement à punir un usager « fraudeur potentiel » ou

---

<sup>11</sup>. Cette tension permet de comprendre pourquoi les agents les plus portés à manifester de la compassion ne le font pas systématiquement et s'attachent à adopter dans certains cas des attitudes délibérément distantes.

<sup>12</sup> Par exemple, ne pas chercher à faciliter les démarches du demandeur lorsque celui-ci se trouve en proie à des difficultés liées aux insuffisances de son adaptation à la société française (s'il ne parle pas français, ne sait ni lire ni écrire) ou lui imposer de revenir (plusieurs fois s'il le faut) pour compléter son dossier, cela afin de le pousser à « se prendre en main ». Le pouvoir discrétionnaire de l'agent pourra être mis ici au service de cette perspective pédagogique en lui imposant des exigences supplémentaires constituant autant de petites épreuves à surmonter.

« agressif », en l'absence de telles arrière-pensées, il visera parfois à faire prendre conscience à un demandeur d'assistance que celle dont il peut bénéficier n'est pas un dû et que l'institution attend de lui qu'il rompe avec une attitude de demande passive et d'« assistanat ». En clair, l'usager est tributaire du « bon vouloir » de l'agent et, dans le meilleur des cas, sera son obligé.

*Du gouvernement des pauvres aux « guichets pour les pauvres »*

Dans une première phase de la réforme de l'assurance maladie (1995-2008), on assiste à une *droitisation partielle de la main gauche de l'État* dans la mesure où l'État social (main gauche) assure une prise en charge, dans des conditions satisfaisantes, à certaines populations en situation de précarité. Ce fut notamment le cas lorsque la CMU fut attribuée, sans étude préalable des conditions de ressources, aux rapatriés français. Ces derniers ont été pris en charge immédiatement, dès leur arrivée à l'aéroport (en 2006 et 2007) ; cependant qu'une nouvelle « police des pauvres » régule les conditions d'accès au droit à la CMU-C et à l'AME pour les fractions inférieures des classes populaires. Elle s'appuie sur un dispositif de formation visant à faire intérioriser aux agents d'accueil des représentations des « bons » et des « mauvais » pauvres. Dans cette dernière catégorie sont déclinées les figures modernes des « assistés », réactivant ainsi la représentation médiévale des « oisifs » valides (en capacité de travailler) (Geremek, 1997), improductifs, « inutiles au monde ». Parmi eux les « étrangers » (soit de nationalité étrangère, soit perçus et représentés comme tels), immigrés pauvres, sont placés au pôle négatif de la désaffiliation, forme d'incarnation moderne du « vagabond », dont le dernier avatar est celui des étrangers accusés de pratiquer le « tourisme médical » (en venant en France juste pour se faire soigner, ou certaines femmes étrangères arrivant en avion juste au moment d'accoucher à l'hôpital). Cela alors même que les conditions d'accès à ces couvertures sociales ont été considérablement durcies produisant davantage de « non-recours au droit » pour ces populations. (Exemple : pour l'AME, condition et justification d'une durée de résidence de trois mois, évaluation pointilleuse des « conditions d'existence » au cours des douze derniers mois).

Si une certaine autonomie est patente dans la gestion locale de l'organisme, l'usage du pouvoir discrétionnaire, la longueur préjudiciable des délais d'instruction des dossiers CMU-C et AME et la suspicion nourrie à l'égard des fractions inférieures des classes populaires constituent la trilogie commune à l'ensemble des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de l'Île-de-France. Ainsi, le rapport de l'association Médecins du monde intitulé « État des lieux des conditions d'accès à l'AME dans les différentes CPAM d'Île-de-France », pour l'année 2013, rend compte « des interrogatoires de la part des agents CPAM qui dépassent largement le cadre de leur mission auprès d'usagers méconnaissant le système. (...) Autant de questionnements aussi inutiles que discriminants » (p. 12), « des délais moyens (d'attente) (...) d'environ 3 mois, voire plus pour certaines caisses ». En filigrane transparaît l'idée que les demandeurs de ce type de couverture sociale sont traités comme des fraudeurs potentiels. Or, comme cela est précisé, « tout retard dans l'acquisition des droits se traduit par un retard aux soins » (*Ibid.*). Et ce



d'autant plus que du côté de l'accès aux soins, les refus de soins pratiqués par les médecins libéraux à l'encontre des bénéficiaires de la CMU-C sont estimés, par le Défenseur Des Droits, à hauteur de 37% (article publié dans l'*Humanité* le 23/04/2015). Autrement dit, dans des cas d'urgence et/ou de maladie grave, la vie de l'individu peut être mise en danger. Ainsi, la formule de Foucault « faire vivre et laisser mourir », illustrant la gouvernementalité néo-libérale, entre en résonance avec l'actualité des métamorphoses de l'État social. Ainsi, à l'usage individuel du pouvoir discrétionnaire de l'agent d'accueil s'ajoute un pouvoir discrétionnaire « collectif » institutionnel, les pratiques dans les différents départements variant au niveau de la liste des documents exigés pour instruire une demande de couverture assistancielle. Ces disparités infondées – les instructions officielles émanant du niveau national – apparaissent clairement dans un tableau élaboré par une association caritative en vue de former les bénévoles, en charge de la constitution des dossiers, travaillant dans leurs structures. Ainsi ils prennent en compte ces pratiques différenciées pour renseigner, suivant le département d'affiliation présumée, les personnes consultant dans leur centre de soins et ne disposant d'aucune couverture sociale. Si ce mode opératoire, se référant aux modalités d'application du département d'affiliation, garantit la constitution « efficace » du dossier AME, il n'en demeure pas moins que ces disparités, ne disposant d'aucun fondement juridique, relèvent purement et simplement de l'arbitraire (i.e. pouvoir discrétionnaire) et constituent de fait une inégalité de traitement. Nonobstant les actions de plaidoyer, réalisées par plusieurs de ces associations en vue de dénoncer des dysfonctionnements de l'assurance maladie, l'instruction suivant des règles arbitraires définies dans chaque caisse locale, *in fine* participe, me semble-t-il, de la reproduction des inégalités de traitement dénoncées par ailleurs. De plus, les structures concernées, en plus de leurs missions habituelles, intègrent pour partie une mission sociale, dont se décharge ainsi l'assurance maladie, et, en incorporant les usages bureaucratiques en vigueur, tendent à devenir des « guichets pour les pauvres ».

*« On fait de la discrimination positive ! »*

Dans une phase plus récente de la réforme (à partir de 2009), la CPAM tend, à « sous-traiter » la mission sociale d' « assistance d'État », à externaliser le coût social relatif à l'instruction des dossiers des « assistés » dont la gestion par l'assurance maladie relève d'une mission déléguée par l'État. Ainsi, elle tend à renvoyer vers « l'extérieur » des usagers qu'elle estime « étrangers » à son champ de compétences et dont elle attribue la vocation à ces nouveaux « partenaires » (associations, permanences d'accès aux soins de santé, centres municipaux de santé et/ou de protection maternelle et infantile) qui pallient pour partie la carence de l'État social. Ce partenariat en cours de déploiement, tout en répondant à la logique de rationalisation de l'accueil (traiter le maximum de demande en un minimum de temps), produit des traitements inégalitaires et des formes de discriminations.

Ces « partenariats » présentent des intérêts pour les structures extérieures enrôlées comme pour l'assurance maladie. Les premières, en signant une convention avec l'assurance maladie,

se voient offrir une gestion « facilitée » des dossiers constitués (absence de contrôle tatillon), un délai de traitement préférentiel (1 mois au lieu de 3 en moyenne) (associations et services médico-sociaux), une garantie du paiement des actes médicaux pratiqués (services médico-sociaux). Pour la seconde, la tenue à l'écart des « mauvais » pauvres (« assistés », « inutiles au monde »), tout en déniaient la fonction d'assistance d'État dont elle est investie, concourt à satisfaire les nouveaux indicateurs de la « qualité de l'accueil », fondés sur la durée de l'entretien ; ainsi paradoxalement la logique managériale à l'œuvre produit de « meilleurs résultats », en termes de « qualité d'accueil », en reléguant ces « mauvais » clients (non cotisants), en sous-traitant cette mission sociale nuisible à la « performance » chiffrée<sup>13</sup>.

Si cette division du travail peut présenter certains avantages de part et d'autre, elle ne doit pas échapper à une sérieuse critique sur le principe de solidarité (consubstantiel du rôle de la Sécurité sociale conçue en 1945) et le traitement égalitaire sous-tendu par sa mission de service public.

En effet, outre les traitements inégalitaires produits, un autre aspect de la politique managériale participant de cette stratégie consiste dans la réduction du nombre de points d'accueil sur le département enquêté. Avant 2001, la CPAM en compte 47, actuellement il en existe 33 ; la nouvelle restructuration programmée prévoit de réduire leur nombre à 15. Malgré tout, le nouveau directeur général de la caisse, en fonction depuis novembre 2014, prétend améliorer de la sorte la « qualité du service » :

« Aujourd'hui, le service sur place est mal rendu, juge (le directeur général). Vous allez à (commune la plus aisée du département), vous êtes rapidement et bien pris en charge. Vous allez à (commune à fort taux de précarité), vous attendez une heure et demie et les agents ont le sentiment de faire de l'abattage. En réorganisant nos accueils, on veut améliorer la qualité du service. On fait de la discrimination positive. » (article dans le *Parisien* du 20/04/15)

L'affirmation absconse du nouveau directeur, qui déclare faire de la « discrimination positive » en réduisant de plus de moitié le nombre de points d'accueil actuels alors que des files d'attente d'une heure et demie sont fréquentes dans les communes concentrant des populations défavorisées, correspond davantage à un constat de « discrimination négative » (Castel, 2007). Par ailleurs, une autre forme de discrimination se fait jour, compte tenu des écarts importants dans les délais de traitement des dossiers, entre les usagers passant par une structure ayant contracté convention avec la CPAM (1 mois) et ceux s'adressant directement à l'assurance maladie (3 mois en moyenne). Un des effets produits par cette nouvelle configuration, dans

---

<sup>13</sup> Parallèlement, dans le cadre de la lutte contre les fraudes, suivant le modèle de l'administration fiscale, les agents de la Sécurité sociale peuvent depuis 2008 recourir au « droit de communication » pour obtenir des informations, des documents auprès de structures tiers (banques, fournisseurs d'énergie, téléphonie...) concernant l'utilisateur et/ou ses bénéficiaires, sans que leur soit opposé le secret professionnel. Ainsi, une partie de la mission d'accueil fortement dégradée reste en souffrance tandis que l'on assiste au renforcement des mesures d'investigation, au déploiement d'un dispositif d'« enquête » pour contrôler les usagers récalcitrants et/ou suspectés de fraude. Ce qui participe à nouveau du brouillage des missions de la main droite et de la main gauche de l'État.

laquelle l'assurance maladie sous-traite à des « partenaires » l'accueil des désaffiliés, consiste dans l'extension de l'inégalité de traitement, observée tout d'abord au niveau temporel (depuis le délai de réception à l'accueil jusqu'à la notification de décision), au niveau spatial (suivant le niveau de précarité de la population de la commune et du type de structure d'accueil – assurance maladie ou « partenaires »). Le risque existe que cette relégation se développe durablement et entérine ainsi le fait que l'assurance maladie se défausse de la prise en charge des populations précaires qui lui incombe, produisant à terme une dualisation de la protection sociale.

\*  
\*      \*

Alors que la CPAM enquêtée traite ces publics en grande précarité comme des « assistés », un certain nombre d'agents attachés à la « vocation sociale » de leur métier éprouvent une vraie « souffrance au travail » du fait de la dévalorisation, de la disqualification de cette dimension inhérente à une mission (et/ou de la conception qu'ils s'en font) « d'utilité sociale ». Ironie du sort, c'est fort de la reconnaissance de leur « utilité sociale » que certaines associations se sont spécialisées dans la « lutte contre la pauvreté et l'exclusion ». Ainsi, l'institution Sécurité sociale ne reconnaît pas ce domaine de compétences pour ses agents. Néanmoins, elle le valorise à l'« extérieur » en nouant ces « partenariats ». Or, comme l'a montré Matthieu Hély (Hély, 2009) pour le monde associatif, l'ambiguïté de cette notion d'« utilité sociale » tient notamment au fait qu'elle n'est pas considérée par les pouvoirs publics comme un travail « productif ». Cela transparait dans la tendance, observée au sein de l'assurance maladie, à centrer son « cœur de métier<sup>14</sup> » sur les assurés sociaux (cotisants, « productifs ») ; les assurances sociales étant alors pensées de façon réductrice comme la protection revenant prioritairement aux usagers dont la « valeur sociale » se mesure à l'aune de ses capacités à cotiser, autrement dit, à travers sa « valeur économique » et dans son rapport à la production.

Si cette notion/fonction d'« utilité sociale » est qualifiée d'« improductive » c'est, nous le supposons, parce qu'elle se tourne vers des populations « improductives » qui, dans la vision du système économique néo-libéral actuel, sont traitées comme des « inutiles au monde ».

---

<sup>14</sup> Cf. la notion d'« assureur solidaire ».

---

## Bibliographie

Bourdieu P. (dir.), 1993, *La misère du monde*, Paris, éd. du Seuil.

Castel R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, éd. Fayard.

Castel R., 2007, *La discrimination négative : citoyens ou indigènes ?*, Paris, éd. du Seuil.

Corcuff P., 1996, « *Ordre institutionnel, fluidité situationnelle et compassion. Les interactions au guichet de deux caisses d'allocations familiales* », *Recherches et prévisions*, n° 45, p. 27-36.

Dubois V., 2003, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, éd. Économica.

Dubois V., 2009, « *Le paradoxe du contrôleur* », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 178, p. 28-49.

Dubois V., 2012, « *La promotion du contrôle : retour sur la construction politique de la fraude sociale comme problème public* », in Bodin R. (dir.), *Les métamorphoses du contrôle social*, Paris, éd. La Dispute.

Esping-Andersen G., 1999, *Les trois mondes de l'État-providence. Essai sur le capitalisme moderne*, Paris, éd. PUF.

Foucault M., 2004, *Sécurité, territoire, population : cours au Collège de France, 1977-1978*, Ewald F. et Fontana A. (dir.), Paris, éd. Gallimard/Seuil.

Geremek B., 1997, *La potence ou la pitié. L'Europe et les pauvres du Moyen Âge à nos jours*, Paris, éd. Gallimard.

Hassenteufel P., 2008, « *La mise en place du gouvernement à distance de l'assurance maladie* », *Regards sur l'économie allemande*, n° 89, p. 27-33.

Hély M., 2009, *Les métamorphoses du monde associatif*, Paris, éd. PUF.

Kantorowicz E., 1989, *Les deux corps du roi. Essai sur la théologie politique au Moyen Âge*, Paris, éd. Gallimard.

Lipsky M., 2010, *Street level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*, New York, Russell Sage foundation.

Martin P., 2015, « *L'ethos de l'État social managérial* » in *Le travail à l'assurance maladie*, Leduc S. et Muñoz J., Rennes, PUR, p. 75-96.

Sayad A., 2014, *L'école et les enfants de l'immigration*, , éd. établie, présentée et annotée par Falaize B. et Laacher S., Paris, éd. du Seuil.

Spire A., 2008, *Accueillir ou reconduire. Enquête sur les guichets de l'immigration*, Paris, éd. Raisons d'Agir.

Siblot Y., 2006, « *Recours au secteur associatif et "modernisation" des services publics en Grande-Bretagne. Désengager l'État pour revivifier la "communauté" ?* », in Engels X., Hély M.

et Peyrin A. (dir.) et al., De l'intérêt général à l'utilité sociale : la reconfiguration de l'action publique entre État, associations et participation citoyenne, Paris, éd. L'Harmattan.

Supiot A., 2013, Grandeur et misère de l'État social, Paris, éd. Collège de France/Fayard.

Supiot A., 2015, La gouvernance par les nombres, Paris, éd. Fayard.

---

## **Pour citer cet article**

### **Référence électronique**

Pascal Martin, "La nouvelle gouvernance de l'État social et le management des désaffiliés", Sciences et actions sociales [en ligne], N°6 | année 2017, mis en ligne le date 31 janvier 2017, URL : <http://www.sas-revue.org/index.php/36-n-6/dossiers-n-6/actes-n6/100-la-nouvelle-gouvernance-de-l-etat-social-et-le-management-des-desaffilies>

---

## **Auteur**

Pascal Martin

(post-doc au LabToP - Cresppa – membre associé au CESSP-CSE)

[pascal.martin55@wanadoo.fr](mailto:pascal.martin55@wanadoo.fr)

---

## **Droits d'auteur**

© Sciences et actions sociales

Toute reproduction interdite sans autorisation explicite de la rédaction/Any replication is submitted to the authorization of the editors