

INTRODUCTION

Depuis sa création en 1945, la branche assurance maladie de la Sécurité sociale est l'objet de réformes dont les objectifs explicites visent son adaptation à des exigences sociales, médicales et économiques d'une société en évolution permanente. Ce processus de réforme n'est ni linéaire, ni unidirectionnel, il connaît des phases caractérisées par une politique d'élargissement, au-delà des seuls travailleurs salariés, des groupes sociaux bénéficiaires, d'autres, en particulier depuis les années 1990, où la question de la maîtrise des dépenses de santé domine les préoccupations réformatrices¹. Au cours de cette dernière période dont la loi Juppé de 1995 est le premier temps fort, le processus de réformes a comporté trois grands volets complémentaires. Devenue une question politique centrale, la maîtrise des dépenses de santé oriente une succession de mesures qui à la fois concourent à réduire le niveau de couverture des remboursements et à limiter dans le temps le maintien dans le système des assurés sociaux en fin de droits (et cela alors que le chômage de longue durée ne cesse d'augmenter). Mais alors que ce volet visant à freiner l'augmentation des dépenses d'assurance maladie commence à être mis en place, une réforme de 1999 remplace le système public d'assistance hérité de l'aide médicale gratuite par un nouveau dispositif, la couverture maladie universelle (CMU). Il s'agit de répondre à l'installation sur le long terme, dans le pays, d'une situation de crise de l'emploi. L'objectif de la CMU est de faire bénéficier d'une protection contre la maladie équivalente à celle de l'assurance maladie tous les individus français et étrangers vivant légalement sur le territoire et qui ne peuvent avoir droit à la Sécurité sociale. La CMU est complétée par l'aide médicale de l'État (AME) destinée aux étrangers en situation irrégulière. Ce nouveau dispositif d'assistance financé par l'État va concerner directement l'assurance maladie, chargée d'en assurer la gestion : ses établissements s'occuperont de l'accueil des bénéficiaires potentiels, du traitement de leurs dossiers et du règlement des dépenses engagées. Peu après sa mise en place, le dispositif CMU/AME fera l'objet d'une série de mesures visant

1. Pour une analyse des réformes de la Sécurité sociale depuis 1945, voir PALIER Bruno, *Gouverner la Sécurité sociale*, Paris, PUF, 2002.

à durcir les conditions d'accès au droit des demandeurs. Mesures inscrites dans une perspective politique plus globale de renforcement de la lutte contre la fraude dans le secteur social.

Le troisième volet des réformes relève de la politique dite de modernisation des services publics qui touche à des degrés divers l'ensemble des institutions publiques et parapubliques². À l'initiative de sa direction, soucieuse de répondre à la demande du pouvoir politique, des changements majeurs sont introduits dans le fonctionnement des différents organismes de la Sécurité sociale, pour qu'il s'approche le plus possible de celui censé prévaloir dans l'espace hautement concurrentiel des entreprises capitalistes. Un management de type entrepreneurial se met en place dans l'ensemble des structures institutionnelles, s'articulant à la hiérarchie bureaucratique préexistante. La nouvelle méthode de « gouvernement par objectifs » fait de la qualité de l'accueil de la « clientèle » un thème important pour améliorer l'image de l'institution dans le public (en promouvant une amélioration témoignant du caractère positif des réformes) mais aussi (et peut-être surtout) pour justifier d'une réorganisation du travail au sein des centres et des agences locales.

Ma recherche entend contribuer à l'analyse de ce processus de réforme de la Branche maladie de la Sécurité sociale (BMSS) en essayant d'articuler trois niveaux d'analyse. Le premier, « macrosociologique », est celui des politiques publiques où sont définies les orientations qui déterminent l'évolution des droits des usagers à l'assurance maladie, à la CMU et à l'AME, à la fois en termes de conditions d'accès à ces droits et de contenu de la protection (niveau de couverture, partie restant à charge, etc.). S'agissant d'un processus de réforme, mon analyse sera socio-historique et s'attachera à rendre compte de ce processus depuis la création de la BMSS. Toutefois, parce que la création du dispositif CMU/AME et son importance croissante manifestent le retour en force d'une politique d'assistance qui va s'articuler aux réformes de la BMSS pour faire coexister les deux logiques au sein des organismes de Sécurité sociale, la dimension sociohistorique de mon travail prendra en compte une période beaucoup plus vaste. Il m'a paru en effet important de dessiner à grands traits l'histoire des pratiques d'assistance aux pauvres malades pour au moins deux raisons. D'une part, parce que ces pratiques sont génératrices d'une représentation dichotomique opposant les « bons » et les « mauvais » pauvres, et cela quelle que soit la forme institutionnalisée qu'elles prennent. En effet, aujourd'hui cette opposition perdure (seules les figures stéréotypiques des « bons » et des « mauvais » ont changé) et joue un rôle important dans la définition des orien-

2. Sur l'introduction du management dans la gestion de l'État en France, voir BEZES Philippe, *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Paris, PUF, 2009 ; LASCOUMES Pierre et LE GALÈS Patrick, *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004, et pour une analyse de l'importation des outils du management privé dans l'hôpital public, BELORGEY Nicolas, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*, Paris, La Découverte, 2010.

tations politiques en étant au fondement de la « lutte contre les fraudeurs » à l'assurance maladie et à la CMU. D'autre part, parce qu'il me paraissait important de retracer l'évolution des dispositifs d'assistance et de leurs relations avec les premiers dispositifs d'assurance maladie, relations que la gestion de la CMU par la BMSS réactualise.

Le deuxième niveau d'analyse est celui de l'institution BMSS. Chargée de la gestion des dispositifs d'assurance maladie et de CMU/AME, elle met en application les mesures prises par le niveau politique tout en disposant d'une certaine marge d'autonomie dans leur interprétation et leur traduction en termes de règlements et de circulaires. Mais l'institution est aussi l'objet d'une réforme de sa « gouvernance », ayant adopté un mode de management de type entrepreneurial qui a modifié en profondeur l'organisation du travail et les rapports de pouvoirs au sein et entre les différentes structures qui la composent : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), structure départementale, centres et agences des localités.

Le troisième niveau d'analyse est celui, microsociologique, de l'espace local où s'établissent les relations entre les agents et les usagers qui viennent y traiter un problème. Un des fils directeurs de mon travail a été l'idée que « l'accueil du public » fournissait un terrain d'enquête permettant de saisir concrètement l'impact du processus de réforme sur le fonctionnement de l'institution BMSS et sur le traitement social des fractions de la population amenées à en fréquenter les centres soit au titre d'assuré soit au titre de demandeur ou bénéficiaire de la CMU ou de l'AME. En effet, l'accueil est à la fois un lieu d'observation de la confrontation des usagers à l'institution (telle qu'elle est incarnée par les agents), des problèmes qu'ils rencontrent pour satisfaire aux conditions fixées par les politiques publiques, et un lieu d'observation des liens entre les pratiques des agents, leurs conditions de travail et leurs représentations des différentes catégories d'usagers. D'où l'importance qui sera accordée à l'analyse de la politique spécifique de l'accueil physique des différentes catégories d'usagers (assurés sociaux et demandeurs ou bénéficiaires du dispositif CMU/AME) élaborée nationalement par la CNAMTS et remodelée par les instances de direction de la CPAM du département où j'ai mené mon enquête, sachant que cette politique spécifique est exemplaire de la nouvelle gouvernance managériale de l'institution.

Je me suis appuyé, pour construire ma problématique, sur plusieurs approches que je me suis efforcé d'articuler.

L'analyse sociohistorique des « métamorphoses de la question sociale » proposée par Robert Castel et sa conceptualisation de l'État social comme forme historique de l'État liée au développement d'une « société salariale³ » m'ont

3. CASTEL Robert, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1995.

fourni un cadre de pensée permettant d'articuler les transformations de l'organisation du travail et des dispositifs de protection sociale avec une analyse du processus (sans fin) de construction de l'État qui donne sa place à la question des rapports de force entre les différents groupes sociaux et aux luttes (de classes et/ou de concurrence). Rapports de force qui sont inscrits dans les dispositifs de protection sociale que j'étudie.

Mon approche de la protection sociale en termes de dispositif emprunte au travail d'élaboration du concept que fait Michel Foucault :

« Ce que j'essaie de repérer sous ce nom c'est, [...] un ensemble résolument hétérogène comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques ; bref, du dit aussi bien que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même c'est le réseau qu'on établit entre ces éléments [...]. Par dispositif, j'entends une sorte [...] de formation qui, à un moment donné, a eu pour fonction majeure de répondre à une urgence. Le dispositif a donc une fonction stratégique dominante. J'ai dit que le dispositif était de nature essentiellement stratégique, ce qui suppose qu'il s'agit là d'une certaine manipulation de rapports de force, d'une intervention rationnelle et concertée dans ces rapports de force, soit pour les développer dans telle direction, soit pour les bloquer, ou pour les stabiliser, les utiliser⁴. »

Cette approche en termes de dispositif passe par une mise en perspective sociohistorique. En effet, prendre comme objet d'étude les dispositifs de protection maladie, c'est donc penser les relations entre des discours, des lois, des textes réglementaires, des institutions, etc., qui s'attachent à répondre aux problèmes sociaux posés par la prise en charge des malades et qui ont émergé, chacun à un moment historique particulier comme réponse à une urgence, avant de se pérenniser. D'où la pluralité de ces dispositifs apparus à différentes époques pour répondre chacun à une « urgence » particulière : dispositif de charité propre à l'église avec la création des premiers hôpitaux pour les pauvres malades, dispositif d'assistance publique apparue pendant la Révolution française, dispositif de protection mutualiste pour certains corps de métiers et groupes professionnels, dispositif d'assurance privée, d'assurances sociales maladie enfin, dernier en date, celui constitué par la CMU et l'AME. Ces dispositifs se distinguent à la fois par le moment historique de leur apparition, les problèmes leur ayant donné naissance, les caractéristiques sociales des individus qu'ils protègent, les logiques de protection qu'ils mettent en œuvre, leurs finalités, leur inscription juridique et la nature des institutions qui les structurent. En m'appuyant sur la littérature, je dessinerai à grands traits leur histoire sur la longue durée, du Moyen Âge à la « réforme

4. FOUCAULT Michel, « Le jeu de Michel Foucault », *Dits et écrits*, II : 1976-1988, Paris, Gallimard, 2001, p. 298-329.

Juppé » dans le premier chapitre, pour traiter l'analyse de la création du dispositif CMU/AME et des politiques qui l'ont fait évoluer, dans le quatrième chapitre.

Il m'est apparu pertinent, pour traiter des problèmes résultant de la pluralité des dispositifs de protection maladie, de combiner cette approche par les dispositifs à une approche en termes de champ⁵, le travail conceptuel de Pierre Bourdieu, comme celui de Foucault, offrant aux chercheurs des idées et des outils permettant de travailler, sans avoir à se préoccuper de la question de leurs éventuelles divergences théoriques. La pluralité, aujourd'hui, des dispositifs de protection maladie de statuts juridiques différents a pour conséquence la coexistence de plusieurs types de logiques assurantielles – solidarité sociale employeurs/salariés, solidarité de groupes professionnels, assurance individuelle – avec une logique d'assistance d'État. Pour les tenants de la « nécessaire réforme » du système de protection sociale, ces logiques pour différentes qu'elles soient sont complémentaires car elles procèdent toutes d'une même vision (assurantielle) du monde social et concourent chacune par leur voie propre à généraliser la couverture maladie et à en élever le niveau. Un tel *a priori* de complémentarité minimise l'existence d'intérêts contradictoires – du fait même de ces différences de logique – entre les institutions de ces différents dispositifs. Une manifestation particulièrement visible de ces oppositions d'intérêts s'observe dans les stratégies des assureurs privés, restés longtemps dans des positions marginales, qui visent à « prendre des parts de marché » tant aux mutuelles complémentaires qu'à l'assurance maladie Sécurité sociale. Une analyse en termes de champ permet de rendre compte de la double nature complémentaire et concurrentielle des relations entre les agents sociaux impliqués dans les différents dispositifs de protection maladie. Je définirai ce que j'appelle l'espace de la protection maladie comme un sous-champ, composante du champ de la protection sociale. Ce sous-champ est structuré par les différentes institutions, assurances privées, mutuelles complémentaires, BMSS, la particularité de cette dernière étant de gérer les deux dispositifs d'assurance maladie de la Sécurité sociale et d'assistance CMU/AME. Cette approche en termes de sous-champ implique au moins deux conséquences pour ma problématique. La première est que, tout en focalisant ma recherche sur la BMSS, je ne dois pas perdre de vue l'interdépendance des institutions du sous-champ, donc de leurs stratégies sur le marché des biens de protection maladie. La seconde est que ce sous-champ a un faible niveau d'autonomie au regard d'autres champs qui exercent sur lui une domination symbolique. Cette domination symbolique se traduit notamment par le fait que le jeu des relations de complémentarité et de concurrence dans cet espace est déterminé par un

5. Je me suis appuyé entre autres écrits sur : BOURDIEU Pierre, « Le champ scientifique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 2-3, 1976, p. 88-104 ; BOURDIEU Pierre, « Espace social et genèse des classes », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 52-53, 1984, p. 3-14 ; BOURDIEU Pierre et WACQUANT Loïc J. D., *Réponses : pour une anthropologie réflexive*, Paris, Éditions du Seuil, 1992, chap. II : « La logique des champs », p. 71-90.

ensemble de normes et de règles du jeu légitimes – textes de loi, décrets d'application, directives ministérielles – élaborées en dehors de l'espace au niveau de l'État, c'est-à-dire, selon Pierre Bourdieu, du champ de la fonction publique⁶. La définition de ces normes et règles du jeu est donc tout à la fois un enjeu de lutte au sein de l'espace de la protection maladie et à l'extérieur de cet espace au niveau de l'État et du champ politique. Ainsi, la stratégie des assurances privées pour augmenter leur part du marché trouve un relais politique dans la perspective « réformatrice » de développement de la place des assurances privées au nom de la complémentarité de leur apport. Les stratégies réformatrices pouvant s'appuyer sur les conséquences des politiques de maîtrise des dépenses de santé qui, en réduisant par diverses mesures la couverture d'une partie des soins offerte par la Sécurité sociale, créent des conditions favorables au renforcement de la logique concurrentielle dans l'espace de la protection maladie⁷.

L'enjeu que constitue la définition des normes et des règles du jeu de l'espace protection maladie⁸ m'est utile pour problématiser une question importante pour l'évolution de la BMSS et dont les conséquences se feront surtout sentir au cours de la période ouverte par le « plan Juppé » de 1995 : celle du rôle croissant de l'État dans sa gestion. La Sécurité sociale est créée sous un statut d'institution privée d'utilité publique à but non lucratif qui bénéficie d'une autonomie relative vis-à-vis de l'administration et du pouvoir politique. L'histoire de l'institution peut, sans s'y résumer, être lue comme celle d'une prise de contrôle croissante du pouvoir de l'État sur sa gestion, et tout particulièrement au cours de la dernière période, que Robert Castel caractérise comme celle de l'effritement de l'État social. En conséquence, le processus d'effritement de l'État social ne peut pas être simplement ramené à une logique de « désengagement de l'État » (comme dans le cas des privatisations) puisqu'il va de pair au contraire avec un renforcement de son pouvoir sur cette institution « parapublique » qu'est la Sécurité sociale. Si l'effritement de l'État social passe en France par une étatisation rampante de la BMSS, c'est parce que cette étatisation va s'avérer, à mesure qu'elle progresse, un moyen particulièrement efficace de concrétiser les projets politiques de maîtrise de ses dépenses. En effet, ces projets, pour porter

6. « Si je devais donner une définition provisoire de ce que l'on appelle "l'État", je dirais que le secteur du champ du pouvoir, qu'on peut appeler "champ administratif" ou "champ de la fonction publique", ce secteur auquel on pense particulièrement quand on parle d'État sans plus de précision, se définit par la possession du monopole de la violence physique et symbolique légitime. » BOURDIEU Pierre, *Sur l'État. Cours au Collège de France, 1989-1992*, Paris, Raisons d'Agir/Éditions du Seuil, 2012, p. 14.

7. Cette perspective n'entre pas en contradiction avec la place grandissante prise par le dispositif d'assistance CMU/AME dans l'espace de la protection maladie, la complémentarité assistance (publique et privée) assurances privées étant même à la base du modèle libéral de *welfare State*, tel que le caractérise Gøsta ESPING-ANDERSEN dans *Les trois mondes de l'État-providence*, Paris, PUF, 1990.

8. J'utiliserai dans le texte indifféremment les termes d'espace et de sous-champ de la protection maladie.

leurs fruits, supposaient une modification du rapport de force social salariés/employeurs, inscrit dans les statuts et les textes de loi définissant initialement l'organisation et le fonctionnement des organismes de la Sécurité sociale. Mais pour que l'étatisation rampante de l'institution soit l'instrument qui permette de faire évoluer le rapport de force initial dans le sens souhaité par les tenants des réformes, encore fallait-il qu'elle s'inscrive dans ce processus de réforme « managériale » de la gouvernance des institutions publiques évoquée plus haut. Autrement dit, il existe une ligne politique directrice qui associe les orientations données à la maîtrise des dépenses de santé, les remaniements de l'espace de la protection maladie liés à un renforcement de la logique concurrentielle favorable au développement des assurances privées, l'étatisation rampante de la BMSS à la nouvelle gouvernance de l'institution. En conséquence, ma recherche s'est attachée à repérer pour les décrire les différents moyens mis en œuvre dans le cadre de cette réforme pour contrôler l'institution et mobiliser ses agents (à tous les niveaux de la hiérarchie) pour la réalisation des objectifs politiques définis au niveau de l'État par le Gouvernement et sa majorité parlementaire.

Dans cette perspective, une importance toute particulière a été accordée à l'analyse du dispositif de formation de l'institution, dont les différentes structures spécialisées ont vocation à former chacune une catégorie particulière d'agents, les cadres de direction, l'encadrement intermédiaire et les agents d'exécution. Cette analyse, qui fait l'objet du chapitre II, met l'accent sur la spécificité de chacune des formations – elles sont ajustées aux types de compétences techniques et sociales exigées par la nature des activités propres aux différents niveaux de la hiérarchie – en même temps que sur la forte cohérence que les catégories de la pensée managériale donnent à l'ensemble qu'elles constituent. J'y montre que ces formations, qui ont connu en plusieurs décennies de nombreuses petites réformes visant à les adapter aux évolutions de l'institution, ont de plus en plus tendance :

- à sélectionner leurs « élèves » sur des critères tenant moins compte de leurs compétences scolaires que de leurs dispositions (supposées) à adopter les valeurs, les schèmes de pensée et les comportements attendus par l'institution ;
- à mettre en œuvre des techniques pédagogiques dont la finalité est de renforcer les dispositions s'ajustant le mieux (et selon le niveau de poste) à l'organisation du travail et permettant d'espérer une adhésion « corps et âme » des agents aux objectifs de l'organisme.

La réforme managériale de la gouvernance de la BMSS trouve un terrain d'application exemplaire dans la définition et la mise en œuvre d'un objectif « qualité de l'accueil », à l'échelle nationale. Le chapitre III de l'ouvrage est consacré à l'étude des changements induits par l'introduction de cet objectif « qualité » et à leurs conséquences à la fois sur l'institution et sur l'accueil des usagers. J'y analyse les différentes finalités de cette politique de qualité de

l'accueil, les logiques de gouvernance à l'œuvre et les écarts entre les objectifs officiels et les pratiques concrètes. Central dans la conception de cette politique, le choix du temps (temps d'attente et/ou temps de traitement du cas au guichet) comme critère unique et mesurable de qualité de l'accueil, permet l'articulation de plusieurs dimensions de la gouvernance managériale. D'une part, son utilisation rend possible la mise en place d'une logique de mesure des performances ouvrant sur l'établissement de classements aussi bien au niveau des caisses départementales, des structures locales et des agents d'accueil. D'où l'instauration d'une mise en concurrence généralisée des structures et des agents en vue de la réalisation de l'objectif. D'autre part, l'utilisation de ce critère quantifiable de qualité peut s'inscrire dans des techniques de contrôle des agents en même temps qu'elle est un moyen de leur imposer des normes de travail. Mise en compétition et contrôle qui renforcent le pouvoir des hiérarchies à chacun des niveaux. J'ai étudié la mise en place de cette politique d'accueil fondée sur la réduction du temps d'attente au niveau de la CPAM constituant mon terrain d'enquête, les difficultés rencontrées pour tenir les objectifs nationaux dans un département caractérisé par une proportion très élevée d'usagers « à problème », les stratégies de la direction pour améliorer des résultats lui valant un mauvais classement et celles mises en œuvre par les agents et le personnel d'encadrement pour répondre à ses exigences.

L'observation des activités quotidiennes de plusieurs structures locales de mon terrain d'enquête, incluant les relations qui se nouent au guichet entre les agents préposés à l'accueil et les usagers, ouvre une voie à l'analyse des réformes engagées, qui présente l'intérêt de partir de leur mise en application concrète. Elle offre un point de vue sur le fonctionnement quotidien des centres – tant sur l'organisation du travail que sur les rapports de pouvoir –, sur les différentes facettes de la pratique des agents, la pluralité de leurs rôles et de leurs comportements, sur le traitement social des usagers et les facteurs le faisant varier, sur les ressources et les stratégies (argumentations, présentations de soi) mises en œuvre par les usagers pour faire valoir leur point de vue. Les analyses qui constituent les deux derniers chapitres de l'ouvrage s'appuient sur ce travail d'observation participante centré pour l'essentiel sur l'accueil des demandeurs ou des bénéficiaires de la CMU et ceux de l'AME.

Représentant incarné de l'institution aux yeux des usagers, l'agent est chargé de leur faire faire ce que l'institution exige qu'ils fassent pour que leurs problèmes (quels qu'ils soient) soient réglés dans le respect des textes de loi et des conditions réglementaires définies par la direction de la CNAMTS. C'est pourquoi le chapitre IV est consacré à l'analyse de la genèse du dispositif CMU/AME, des conditions retenues pour l'ouverture et le renouvellement des droits puis de l'évolution des textes de lois et conditions réglementaires afférents au cours de la première décennie du XXI^e siècle, conséquences des orientations successives données à la politique d'assistance, en particulier dans la perspec-

tive de renforcer la lutte contre les fraudeurs. Mais ce même agent d'accueil occupant une position dominée dans l'institution, son activité est soumise à un contrôle s'exerçant aussi bien sur la qualité des dossiers qu'il aura fait constituer par les usagers (il faut que le dossier soit complet et réponde bien aux exigences légales) que sur sa capacité à respecter des normes de productivité définies pour certaines au niveau de la direction nationale (CNAMTS), pour d'autres au niveau des directions départementales (CPAM). L'analyse de l'accueil CMU/AME qui constitue le chapitre v tiendra compte de ce que les pratiques de l'agent, son comportement vis-à-vis de l'usager, les stratégies qu'il met en œuvre pour lui faire faire ce que l'institution demande sont en partie déterminés par le contrôle qui s'exerce sur lui et plus globalement par ses relations avec le personnel d'encadrement du centre et l'enjeu qu'elles représentent pour sa carrière. Cette analyse tiendra compte aussi de ce que, dans cette institution fortement hiérarchisée, le supérieur de l'agent est un cadre intermédiaire dont la mission consiste à faire en sorte que les agents fassent leur travail le mieux possible et avec le maximum d'efficacité. Il est à la fois celui qui assure la transmission des directives de la direction de la caisse départementale aux agents en contact avec les usagers/clients et celui qui s'assure de leur bonne application. La qualité de son travail, *i. e.* la façon dont il s'acquitte de sa mission étant à son tour contrôlée et évaluée par l'étage supérieur, la direction de la CPAM, dont les performances sont elles-mêmes contrôlées par l'instance nationale, la CNAMTS, cette dernière ayant une marge d'autonomie réduite pour appliquer les décisions prises par le pouvoir politique et traduites dans les textes juridiques.

Cette description sommaire de la chaîne hiérarchique qui relie l'agent d'accueil au sommet de l'État, en mettant l'accent sur les obligations et les contrôles qui pèsent sur les agents sociaux (du directeur général à l'employé subalterne) à chacun des niveaux, doit évidemment être complétée. En effet, si tous ces agents sociaux concourent à la mise en œuvre concrète des mesures gouvernementales, ce n'est pas seulement parce que leurs dispositions à l'obéissance les conduisent à s'ajuster aux contraintes institutionnelles. Le nouveau mode de gouvernance de l'organisme ne se satisfait pas d'agents passivement dociles, il les veut « impliqués », désireux de satisfaire au mieux les exigences de la direction, ce qui suppose une adhésion aux enjeux politiques et sociaux des réformes. Sachant que ces réformes modifient en profondeur la « culture de service public » et l'organisation du travail des premières décennies d'existence de la Sécurité sociale. Cette question de l'adhésion des agents à la « philosophie » sociale et politique de l'institution, qui avait été abordée sous l'angle de la sélection des agents recrutés pour des formations, est reprise sous un autre angle dans le chapitre v, celui des rapports de pouvoir entre « supérieurs » et « subordonnés » liés aux nouvelles formes d'organisation du travail et à la façon dont ces changements favorisent (ou non) l'adhésion des agents aux enjeux de la direction.

La crise économique, ses conséquences en termes de dégradation des conditions de travail et d'augmentation du nombre des chômeurs de longue durée, d'une part, la création d'un dispositif d'assistance (CMU/AME) géré par l'assurance maladie, d'autre part, ont entraîné l'afflux d'une nouvelle « clientèle » dans les centres et agences de la Sécurité sociale. Alors que les assurés sociaux dans leur grande majorité n'ont que peu l'occasion de fréquenter les guichets de la Sécurité sociale (et peuvent régler par téléphone les éventuelles questions qui se posent à eux), les individus qui se déplacent à l'accueil sont, pour une part sans cesse croissante, des « pauvres ». Toutefois ces « pauvres » ne constituent pas une population homogène⁹.

La diversité des conditions sociales des usagers est donc une caractéristique fondamentale du « public » reçu par les agents travaillant à l'accueil, réalisant tout un spectre de positions allant de l'assuré social inséré dans la société salariale au marginal désaffilié, en passant par la gamme des statuts précaires. Au cours de la période couverte par mon enquête, cette diversité du public est un phénomène encore récent. De ce fait, une partie des agents, les générations ayant commencé à travailler dans les années précédant l'introduction de la CMU, ont vécu l'expérience d'un changement en se retrouvant devoir prendre en charge des types de demandes et des catégories sociales d'usagers avec lesquels elles n'étaient pas familiarisées. En revanche, l'expérience professionnelle des agents recrutés après la mise en place de la CMU se formera d'emblée dans la relation avec les populations précaires demandant à bénéficier du dispositif d'assistance, relation pour laquelle ils auront été préparés lors de la période de formation suivant leur embauche. D'où la nécessité de prendre aussi en compte cette hétérogénéité des agents d'accueil et ses conséquences dans l'analyse des rapports agents/usagers observés « au guichet ».

Présentation de l'enquête de terrain

J'ai mené cette enquête au « long cours » (entre 2004 et 2008) dans une caisse primaire d'assurance maladie de la région parisienne ayant connu un afflux massif de populations désaffiliées lors de la mise en œuvre de la CMU. Au cours de cette enquête participante, je me suis moi-même trouvé placé dans une position d'« entre-deux », étant à la fois engagé comme salarié de l'institution et comme chercheur dans une enquête sociologique. Cette recherche a fait l'objet d'une thèse sur la réforme de l'assurance maladie et les effets qu'elle produit sur les agents de l'institution et sur ses usagers. J'ai ainsi réalisé des entretiens – avec des agents, des usagers, des personnes travaillant dans des structures « périphériques » (fonds CMU, organisations syndicales...) – et de nombreuses observations au guichet de l'assurance maladie en me « postant » au guichet pour être témoin et rendre compte des interactions entre les agents et les usagers. Le présent ouvrage s'appuie sur des données ethnographiques de première main recueillies sur un terrain vierge de toute enquête de ce type.

9. PAUGAM Serge, *La disqualification sociale*, Paris, PUF, 2009.

PRÉSENTATION DE LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE (CPAM DE SAINT-ANDRÉ¹⁰) ET DU DÉPARTEMENT ENQUÊTÉS

Avant 1981, la Caisse primaire centrale d'assurance maladie (CPCAMRP¹¹) regroupe l'ensemble des personnels de la région parisienne et gère le traitement des dossiers des assurés. La CPAM de Saint-André est créée en novembre 1981 dans le cadre du processus de départementalisation. Une CPAM est l'organisme départemental de l'assurance maladie versant les prestations aux usagers affiliés, en fonction de leur lieu d'habitation, à l'un de ses centres d'assurance maladie. De sa création jusqu'en 2008, l'organisme a connu deux plans de restructuration qui ont modifié son organisation et la configuration des unités chargées initialement de l'accueil du public et du versement des prestations maladie. Au départ, l'organisme est divisé en trois circonscriptions administratives (CA) correspondant à un découpage du département en trois secteurs géographiques : est – centre – ouest. Chaque direction de CA occupe un bâtiment distinct sur une commune centrale (préfecture et sous-préfectures) du secteur concerné et elle est responsable de la gestion au quotidien des centres relevant de son périmètre ainsi que de ses agents. Les directeurs de CA¹² sont placés directement sous l'autorité hiérarchique du directeur des prestations (placé à la direction générale, l'un des postes les plus importants dans l'organigramme).

Jusqu'à la fin des années 1980, le traitement des prestations est réalisé manuellement par un technicien puis saisi par un(e) dactylo-mécanographe, sur une machine appelée Logabax, et un décompte papier est établi pour l'assuré. Les centres accueillant les usagers procèdent pour ceux qui le souhaitent à un paiement en espèces au guichet¹³. Puis la chaîne de traitement se modifie avec la montée en charge de l'informatique puis à la fin des années 1990, avec l'apparition de la carte Vitale, dont l'utilisation se généralisera progressivement.

10. Le nom de la CPAM a été changé.

11. La CPCAMRP comportait de nombreux locaux sur Paris et dans plusieurs villes de banlieue, notamment un grand bâtiment implanté sur la commune de Gault (département de Saint-André) regroupant un certain nombre de services intérieurs de la caisse (formation professionnelle, médecine du travail, etc.). À la création des caisses départementales, le siège de celle de Saint-André est implanté dans des locaux en location sur la ville préfecture du département, tandis que le bâtiment de Gault, propriété de CPCAMRP, est vendu. Au début des années 1990, la direction de la CPAM va déménager dans des nouveaux locaux construits tout spécialement : la CPAM est propriétaire de ce nouveau siège.

12. Ils sont l'incarnation même des agents de direction dont la trajectoire professionnelle doit tout à la promotion interne dans l'institution. Ils ont débuté au bas de l'échelle et progressivement grimpé les échelons jusqu'à être nommés agents de direction.

13. À la fin des années 1980, après une vague de hold-up perpétrés dans plusieurs centres du département pour dérober l'argent en caisse et/ou au coffre, les paiements en espèces au guichet sont remplacés par la délivrance d'un titre négociable à encaisser, le cas échéant, dans un bureau de poste. À partir de là, le nombre d'opérations de liquidation de prestations au guichet ne va cesser d'être réduit jusqu'à devenir quelque chose de relativement exceptionnel.

Jusqu'en 2000, le département comprend quarante-sept centres de paiement pour quarante communes¹⁴. Ceux-ci réalisent l'ensemble des missions dévolues aux organismes de base de l'assurance maladie (affiliation, accueil physique et téléphonique, paiement des prestations maladie, maternité, accident du travail)¹⁵. En 2001, l'arrivée d'un nouveau directeur général marque un changement de « gouvernance », un projet de restructuration appelé « schéma directeur d'implantation » (SDI) reconfigure l'organisme. Les directions de CA sont supprimées et remplacées par deux réseaux (réseau nord, réseau sud) dont la coordination est assurée par une « direction du risque maladie » (DRM) qui se substitue à l'ancienne direction des prestations. À sa tête est placé un jeune directeur, proche collaborateur du directeur général de la CPAM. Dans le même temps, l'immeuble de l'ancienne CA de l'est du département est reconfiguré pour accueillir un « centre de risque professionnel » (chargé de la gestion du risque Accidents du travail) ainsi que de nouveaux services : la plate-forme téléphonique nouvellement créée qui centralise les appels téléphoniques du public, le centre de « scannerisation » chargé du traitement en grande partie automatisé des feuilles de soins les plus simples.

Avec cette restructuration, le nombre des centres d'assurance maladie de la CPAM ouverts au public tend à se réduire. Sur les quarante-sept centres de paiement, seuls dix-huit, rebaptisés centres d'assurance maladie, conservent les mêmes missions qu'auparavant (à l'exception de l'accueil téléphonique – transféré à la plate-forme – et des accidents du travail)¹⁶. Dix-huit agences locales sont créées (et, pour un certain nombre d'entre elles, dans les locaux d'anciens centres) avec pour seule activité l'accueil physique et les onze autres centres sont fermés. Parallèlement, la direction organise, au sein des centres, une spécialisation par pôle d'activité (accueil physique, gestion des bénéficiaires, prestations en espèces pour les indemnités journalières maladie, professionnels de santé). Cette spécialisation est supposée rationaliser l'organisation des centres et améliorer leurs performances. Avec toutefois pour conséquence que les agents jusqu'ici polyvalents se voient affectés à un pôle précis et donc confinés dans un type seulement d'activité (un agent affecté au pôle prestations en espèces ne fait plus d'accueil ni de gestion des bénéficiaires).

14. Certaines communes, particulièrement importantes en taille et en nombre d'assurés sociaux, comptent plusieurs centres sur leur territoire. C'est le cas notamment des communes de Gault, de Saint-André, d'Allumelles et de Robinson.

15. Les rentes accident du travail, en revanche, sont traitées par un service spécialisé appelé le service des « AT graves », placé près des circonscriptions administratives.

16. Tout comme je l'ai indiqué plus haut à propos de la CA-ouest, dans chaque commune où étaient installées les anciennes directions de CA – pour deux d'entre elles, dans les mêmes locaux – les anciens services « AT graves » sont convertis en « centres de risque professionnel » récupérant la gestion complète des dossiers AT dont une partie (le « petit » risque) était gérée auparavant par les centres de paiements.

Fin 2007, après la prise de fonction d'un nouveau directeur général, un autre nouveau plan de restructuration est mis en œuvre, le « Projet d'évolution » (PEV). Il se traduit par la suppression de la DRM (et de ses deux réseaux), tandis que les centres et les agences voient leurs activités réorganisées et perdent leur polyvalence tout en changeant de dénomination. En effet, le PEV les remplace par seize unités de production aux activités spécialisées, localisées chacune dans une commune et la gestion de l'ensemble est confiée à une « Direction de la régulation ». Ainsi, les activités relatives à l'accueil, à la CMU et à la gestion des bénéficiaires sont regroupées dans neuf pôles « accès aux droits », le traitement des indemnités journalières est centralisé sur trois pôles « prestations en espèces », et quatre autres pôles sont chargés de la gestion de l'activité « professionnels de santé¹⁷ ». Le regroupement opéré dans le cadre du pôle « accès aux droits » confère aux neuf sites de référence choisis une configuration dans laquelle coexistent les activités de l'accueil physique et de la gestion des bénéficiaires. Dans ce passage de la configuration du SDI à celle du PEV, une partie des anciens centres et agences qui n'ont pas été transformés en « pôles » le sont en agence locale dédiée au seul accueil physique des usagers (elles doivent de ce fait transférer les dossiers vers un pôle accueil pour que leur gestion soit assurée), les autres sont fermées. Ce dernier plan de restructuration est advenu alors que mon enquête de terrain s'achevait, les changements qu'il introduit dans les pratiques d'accueil n'ont de ce fait pas été étudiés, mais j'ai tenu à les décrire car ils me semblaient très significatifs du processus de concentration et de spécialisation en cours depuis 2001, dans le département : diminution du nombre des organismes locaux (concentration des structures) spécialisation des activités (et du travail des agents) à l'intérieur d'un même organisme local, enfin, spécialisation de ces mêmes organismes locaux.

Les caractéristiques socio-économiques des habitants du département¹⁸ où est implantée la CPAM de Saint-André en font une des caisses primaires de France les plus confrontées aux problèmes que connaissent les populations en situation de précarité. La notion de précarité recouvre différentes dimensions, elle s'appréhende à travers la situation socio-économique, le statut de l'emploi (CDI, CDD, emploi aidé, etc.), le niveau de formation, l'état de santé, les modalités d'accès aux droits et d'accès aux soins. Les chiffres présentés ci-après visent à rendre compte de la multiplicité de ces facteurs qui attestent chacun d'une forme de précarité. Ces facteurs étant souvent cumulatifs, ils accroissent le niveau de précarité et réduisent encore les chances d'y échapper à moyen ou long terme.

17. Ainsi, les activités spécialisées ne relevant pas de l'« accès aux droits » qui auparavant étaient traitées dans les dix-huit centres d'assurance maladie sont maintenant centralisées sur trois ou quatre communes du département.

18. Les données présentées ici sont issues de l'Observatoire régional de santé Île-de-France de 2014.

En 2011, la population du département est plus jeune que la moyenne nationale et que celle de l'Île-de-France, avec 22,3 % de moins de 15 ans, contre 19,6 % en Île-de-France et 18,3 % en France métropolitaine. C'est aussi le département de France métropolitaine où la part de la population de nationalité étrangère est la plus élevée avec 21,4 %.

De la comparaison de la distribution des catégories socioprofessionnelles (CSP) entre le département, la région Île-de-France et l'ensemble du territoire ressortent les éléments suivants. La proportion d'ouvriers et d'employés est plus forte sur le département (respectivement 21,9 % et 33,8 %) qu'en Île-de-France (13,7 % et 26,4 %) et que sur l'ensemble du territoire (21,7 % et 28,2 %). En revanche, la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures y est sous-représentée (14,6 %), comparativement à l'Île-de-France (28,6 %) et à la France entière (16,8 %). Le critère du taux des ménages imposés montre que le département est « plus pauvre » que la région (59,19 % contre 71,49 %) mais celle-ci est la région la plus riche, la part des ménages imposés en France étant à peine supérieure à 60 % (61,02 %).

Selon les données de 2011, le taux de chômage du département atteint 13 %, contre 8,8 % en Île-de-France et 9,9 % en France métropolitaine.

Enfin, sur le département la proportion de jeunes pas ou peu diplômés est la plus élevée de tous les départements franciliens. En effet, sur le département, 26,5 % des 25-34 ans non scolarisés sont dans cette situation, contre 14,7 % en Île-de-France et 14,8 % en France métropolitaine. De plus, 22,1 % des 25-34 ans du département sont « sans diplôme ou certificat d'études primaires », alors qu'ils ne sont que 11,7 % en Île-de-France et 11,3 % en France métropolitaine. Inversement, seulement 19,1 % des 25-34 ans du département possèdent un diplôme supérieur à bac + 2 alors qu'ils sont 35,7 % en Île-de-France et 22,4 % en France métropolitaine.

La combinaison de ces différents facteurs favorisant la précarité – le triptyque chômage, nationalité étrangère, faible niveau de diplôme – aura inévitablement des répercussions sur les types de population reçus à l'accueil et sur la relation entre agents et usagers. La population en situation de précarité dotée d'un faible capital scolaire et étrangère de surcroît aura tendance à montrer un manque de maîtrise des codes et des usages institutionnels (langage bureaucratique, démarches administratives, documents à compléter, pièces à fournir), d'autant plus que certaines procédures tendent à se complexifier et, en particulier, comme on le verra, pour l'obtention et le renouvellement de la CMU et de l'AME¹⁹. De ce fait, les agents d'accueil se voient conférer un rôle majeur d'information et d'explication qui renforce la dépendance des usagers précaires à leur égard et

19. L'accumulation de ces difficultés pouvant parfois conduire l'utilisateur à renoncer à faire valoir ses droits, cf. WARIN Philippe, *L'accès aux droits sociaux*, Grenoble, PUG, 2007. ODENORE, *L'envers de la fraude sociale. Le scandale du non-recours aux droits sociaux*, Paris, La Découverte, 2012.

donc leur pouvoir. Mais ce rôle d'informateur étant consommateur de temps, il peut donc poser problème dans un contexte institutionnel où la réduction du temps d'attente des usagers est devenue le principal critère de qualité. Autrement dit, si ce département présente de fortes spécificités en termes de population et à ce titre n'est pas représentatif (mais quel département le serait ?), il constitue un terrain d'enquête dont l'intérêt réside dans la visibilité sociologique qu'il donne aux contradictions que suscite la gouvernance managériale de l'institution.