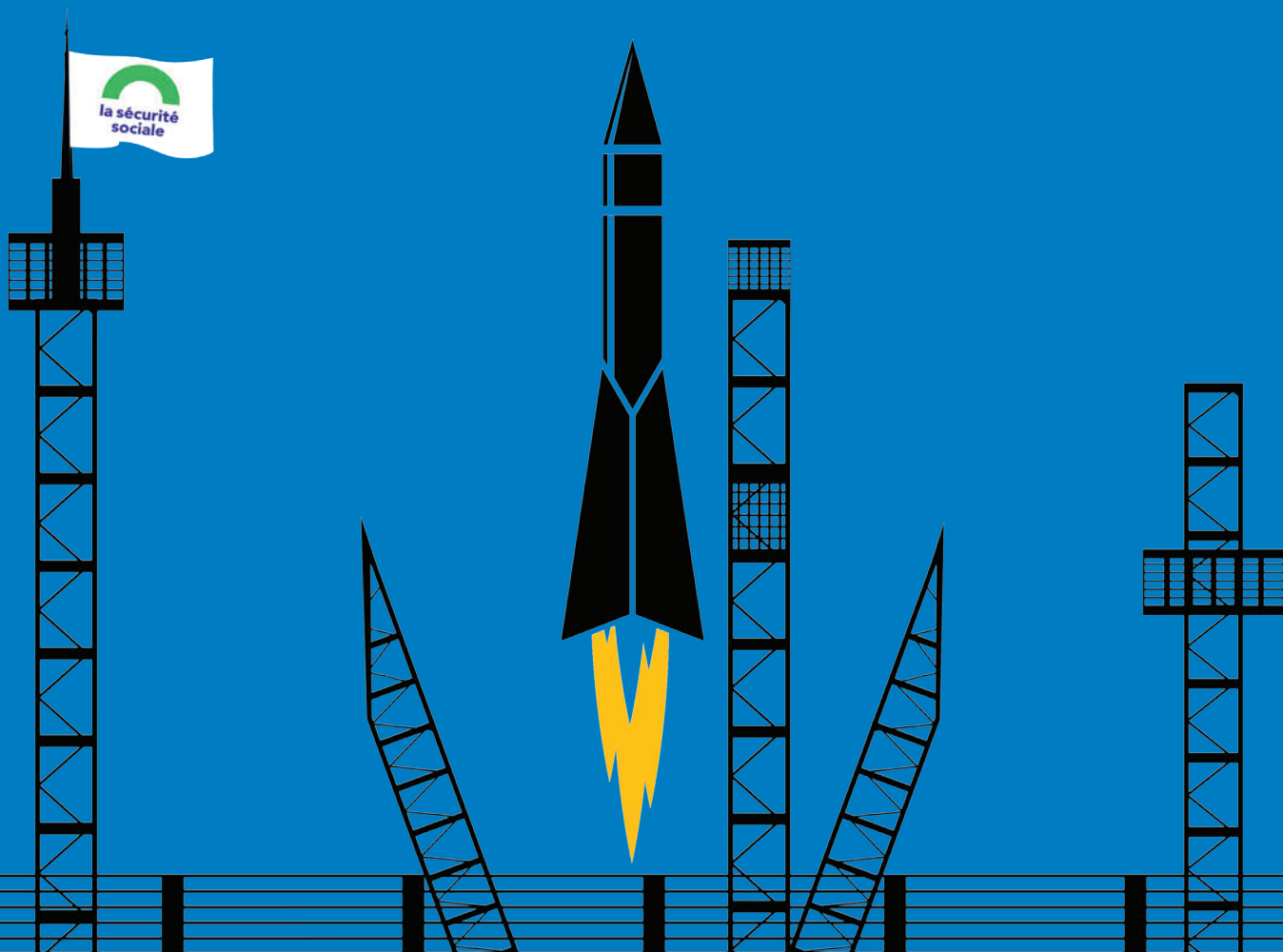


OBJECTIF GRANDE SÉCU ?



- **COG 2023-2027: réorganisation des réseaux ?**
- **Nouvelle articulation RO/RC ?**

Réforme de la protection sociale complémentaire

FIDÈLES À NOS ENGAGEMENTS

Nous étions là il y a plus de 50 ans pour mettre en place les premières complémentaires santé et prévoyance des agents territoriaux.

Nous étions là en 2011 pour accompagner l'évolution du cadre juridique de la protection sociale complémentaire des agents.

Nous sommes toujours là aujourd'hui pour vous expliquer les impacts de l'ordonnance relative à la protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique.



Retrouvez le « **Décryptage des nouvelles obligations de l'employeur public territorial** »

sur collectivites.mnt.fr

ou appelez nous :
09 980 980 210
(prix d'un appel local)
Du lundi au vendredi
de 8h30 à 18h30.



ESPACE
SOCIAL
EUROPÉEN

SOMMAIRE

4 - PROJECTIONS

5 - ÉVÈNEMENT

Sécu, Ocam :
la révolution en marche.

10 - ACTU

LFSS, une réforme
d'importance pour 2023.

11 - SÉQUENCES

• Social

Les nouvelles pratiques
du travail social.

• Europe

Élections fédérales en
Allemagne :
Quels programmes pour la
succession d'Angela Merkel ?

• Les rendez-vous de l'innovation RH

Relever le défi
d'une intégration réussie.

ESPACE SOCIAL Sarl au capital de 120 000 RCS
Paris B 480 706 159 (2005B02166)
27, rue des Bergers 75015 Paris
Tél. : 01 53 24 13 00 - Fax. : 01 53 24 13 06
Associé unique et président du comité
éditorial Pascal Beau
Directeur de la publication et de la rédaction
Alexandre Beau
ABONNEMENTS 01 53 24 13 18
abonnements@espace-social.com
21 numéros par an et 200 lettres électroniques.
- Professionnel : 420 € TTC.
- Individuel : 220 € TTC - Association : 320 € TTC.

RÉDACTION

Analyses : Pascal Beau
Assurance Maladie - Sécu - International :
Alexandre Beau - a.beau@espace-social.com
Famille - Action sociale : Florence Pinaud,
f.pinaud@espace-social.com
Prévoyance complémentaire : Emilie Guéde,
e.guede@espace-social.com
Correspondant Europe : Henri Lewalle
Rédacteur graphique - Site Internet -
Réseaux - Podcast :
Gladys De Micheli - g.demicheli@espace-social.com
Iconographie : cocktailsante.com
IMPRESSION RAS - 6, avenue des Tissonvilliers
95400 Villiers-le-Bel.

ADMINISTRATION

secretariat@espace-social.com

COMMISSION PARITAIRE :

N° 0326 T 87714

ISSN : N° 0999-7822.

Prix au numéro : 13 €

Tous droits de reproduction réservés.

Membre du syndicat de la presse économique, juridique
et politique. L'autorisation d'effectuer des reproductions
par reprographie doit être obligatoirement obtenue
auprès du Centre français d'exploitation du droit de
copie (CFC) 20, rue des Grands-Augus-

tins 75006 Paris
Tél. : 01 44 07 47 70 Fax : 01 45
34 67 19



CARNET



Alexandre Beau

E-SANTÉ, LE VIRAGE COLLECTIF



Doucement, mais sûrement, le chantier du numérique en santé avance. Avec en point d'orgue, le déploiement en janvier prochain de « Mon Espace Santé », l'ex-espace numérique de santé. Attention, ce lancement n'est pas à banaliser car il s'agit, ni plus ni moins, que du portail digital faisant figure de socle des 20 prochaines années en matière de santé numérique. Alors à trois mois de son lancement, on peut s'inquiéter d'une certaine forme de

discretion autour de ce futur déploiement. Or, il ne faut pas se loupier.

Ainsi, on doit apprendre du lancement du DMP. Passées les premières semaines, et l'ouverture rapide de millions de dossiers, le soufflet est assez vite retombé. La raison : majoritairement, ils n'ont pas été alimentés par les professionnels de santé. Conséquence directe, peu de monde ont vu l'utilité pratique de s'appuyer sur un tel dispositif. Un tort. Le déploiement de Mon Espace Santé doit démarrer sur d'autres bases.

Paradoxalement, la crise sanitaire qui nous est tombée dessus de façon inattendue aura été un événement fondateur pour faire avancer l'usage du numérique en santé. Avec un peu de recul, que constatons-nous ? Malgré un départ poussif, l'application AntiCovid est désormais parfaitement fonctionnelle et démontre son utilité au quotidien (merci le pass sanitaire !). N'oublions pas non plus la numérisation des plateformes de prise de rendez-vous qui ont joué un rôle central dans le succès de la campagne vaccinale. Et que dire des téléconsultations ? une pratique quasi-anonyme il y a deux ans et qui depuis, est rentrée dans les mœurs. Ces « succès » ont été rendus possibles, non pas du fait de leurs potentialités techniques, mais tout simplement car collectivement tout le monde s'y est mis !

Alors pour le futur lancement de Mon Espace Santé, la clef de la réussite passera par une implication continue de tous et ce, dès le premier jour. Un effort qui doit combiner pédagogie, communication et un travail intensif de coordination des acteurs afin que pour que la première fois, on réussisse à faire travailler médecine de ville et secteur hospitalier sur une même et seule interface informatique. Les pays avancés en matière de santé numérique n'ont pas appliqué une autre recette pour réussir leur révolution digitale. ■

DÉPENSES DE SANTÉ EN 2020 : LES CHIFFRES QUI BOUSCULENT !



Le cru 2020 des dépenses de santé (rapport Drees présenté lors de la commission des comptes) détonne. Retour sur les données qui bousculent :

- 12,4 % du PIB de part de dépenses de santé (mais 11,2 % en 2019), évident effet crise sanitaire et donc économique mais record d'Europe tout de même !
- Baisse de 0,4 % de croissance de la consommation médicale (plus bas chiffre depuis 1950) mais + 3,7 % pour l'hospitalier et - 2,5% pour l'ambulatoire.
- 79,8 % de taux de prise en charge par l'Assurance Maladie (+1,9 %) et 12,3 % pour les Ocam (-1,1 % soit une « économie » de 2,2 Mds € pour ces derniers).
- 37 % de progression des dépenses de laboratoires mais recul de 9% pour les soins dentaires.
- 202 € par habitant soit 6,5 % de la consommation (CSBM), plus bas reste à charge d'UE (voire mondial).
- 5,5 % de coût de gestion (15,75 Mds €) rapporté à la CSBM dont 3,4 % pour l'Assurance Maladie (7,2 Mds €) contre 27,2 % (7,6 Mds €) pour les Ocam... ■

► HERA : UN PAS VERS L'EUROPE DE LA SANTÉ

Bruxelles se dote d'une véritable agence chargée de l'anticipation des crises sanitaires, baptisée HERA (Health Emergency Response Authority), sur le modèle américain de Bar- da. Sa mission principale sera de prévenir, détecter et mettre à la disposition des États Membres, un panel de produits (tests, masques, respirateurs, vaccins, médicaments) de première nécessité. Son budget est de 1 Md € par an, l'équivalent de sa consoeur américaine. Avec l'EMA, l'ECDC (European Center for Disease) et HERA, qui sera rattaché directement à la Commission, l'Europe commence à se former un sérieux embryon de pôle santé.

► MARGE DE MANŒUVRE LIMITÉE



Répondant à Jean-Paul Ortiz, président de la CSMF lors de l'université d'été du syndicat de médecins libéraux, **Thomas Fatôme** met « les points sur les i » en indiquant que « *L'Assurance Maladie sort éreintée de la crise sanitaire avec 30 Mds € de déficit en 2020, encore 30 Mds en 2021 et sans doute 20 en 2022. Dans ce contexte, comment trouver les moyens d'un deal financier gagnant-gagnant ? Par des outils de performance, de la pertinence des soins, de bonnes pratiques de prescription dans un pays qui connaît une hétérogénéité en termes* ».

de prescription sur tous les sujets ». La convention médicale, c'est pour 2023 et la CNAM vient de lâcher déjà plus de 750 Ms €. Pas d'urgence donc coté Etat et Assurance Maladie.

► EPHAD OR NOT EHPAD ?



A défaut d'une grande loi sur la perte d'autonomie, **Brigitte Bourguignon**, ministre déléguée, songe à faire changer le terme Ehpad, jugé « peu adapté ». Autrefois appelés hospices puis maisons de retraite, enfin Ehpad, le ministère projette une nouvelle appellation. ■

LES CHIFFRES

42%
des Français jugent le système de santé « compliqué ». Pas faux !

300 000
nouveaux patients équipés en audioprothèses d'ici fin 2021 (68% de hausse des achats de produits en 2 ans).

91
cantons dépourvus de médecins généralistes en 2010, 148 en 2017 et probablement 195 en 2020.

1 000 €
mensuels de retraite, à minima pour une carrière complète ? C'est presque acquis dans les faits.

6,5 millions
d'actifs en Allemagne sous statut de « mini-job » à 450 €. Précarité en vue...

7,5 %
de baisse du taux de pauvreté grâce aux prestations sociales et aux impôts.

ÉVÉNEMENT

SÉCU, OCAM : LA RÉVOLUTION EN MARCHÉ

Révolution... le mot peut sembler fort à première vue. Mais à y regarder de plus près, les trajectoires d'évolution du périmètre d'action des branches de Sécurité sociale et des Ocam, tels que dessinés par la lettre de mission gouvernementale confiée à l'IGF/IGAS (p.6 et 7) et le premier avis rendu par le HCAAM (p.8 et 9), sont pour le moins bousculantes.

GRANDE SÉCU ?



Il serait tentant d'y voir une stratégie pré-électorale opportuniste alors que seulement six mois nous séparent de l'événement majeur de la vie politique française, qu'est l'élection présidentielle or, les signes avant-coureurs d'une volonté de rupture avec l'actuelle organisation du périmètre de la protection sociale et de la santé se sont multipliés depuis le début de l'actuel quinquennat.

Dans le champ de la Sécurité sociale, on se rappellera notamment les travaux menés dans le cadre de la mission CAP 2022 visant à moderniser la performance et l'efficacité de l'appareil d'État; les attentes des concitoyens demandant plus de services publics sur le terrain qui se sont exprimées au cours du Grand Débat National suivant le mouvement des gilets jaunes; l'extension des missions confiées aux caisses locales; les mouvements croissants de mutualisation et de synergies inter-régimes...

Du côté de l'articulation entre régime obligatoire (RO) et régime complémentaire (RC), les lignes ont également beaucoup bougé. Cela a commencé dès 2018 avec l'instauration du 100 % Santé en vue de réduire le reste à charge des assurés à portion congrue; l'ouverture de la gestion de la nouvelle couverture complémentaire santé solidaires (CSS) par

les caisses primaires bien que celle-ci soit financée par les Ocam. Plus récemment, l'épisode de crise sanitaire aura vu le RO prendre en charge un certain nombre d'actes à 100 % (ex. : les téléconsultations). De leur côté, les travaux du Ségur de la santé ont mis en exergue la demande faite aux pouvoirs publics, par les professionnels de santé, d'intervenir en vue de simplifier au maximum les procédures administratives et financières (notamment à l'hôpital).

On le constate la liste est longue, bien que non exhaustive. Et devant une volonté gouvernementale, affichée à maintes reprises, de tendre vers plus de lisibilité et d'accessibilité, la façon d'opérer des acteurs du financement est appelée à changer. Les documents que nous vous présentons dans ce numéro en sont le prélude. Alors, que plane depuis plusieurs mois le spectre d'une « Grande Sécu », va-t-on se diriger finalement vers ce scénario à court terme ? Peut-être. Ou alors, doit-on anticiper un renforcement du champ des compétences des branches de la Sécurité sociale ? Plus sûrement. Le scénario du statu quo semble, quant à lui, bien improbable. Le résultat de la prochaine présidentielle devrait trancher cette question.

■ Alexandre Beau

- L'ouverture du droit pour les professionnels libéraux de santé de commander les vaccins Pfizer-BioNtech coïncide avec la fermeture programmée et activée des vaccinodromes.
- Une commission d'enquête de l'Assemblée nationale, à l'initiative des députés PS, est lancée sur le thème sensible de la relocalisation de l'industrie pharmaceutique.
- Agirc-Arrco, pas d'opposition de la CGT et de FO pour bloquer l'application de l'accord sur la baisse mécanique de 0,5% pendant deux ans du taux de revalorisation des pensions accepté, à contrario, par les patronats, la CFDT et la CFTC.
- Obligation pour les industriels pharmaceutiques de garantir un stock de sécurité de deux mois pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur. A noter que le Leem demande aux observateurs de « ne pas mélanger les signalements de risque de rupture et les ruptures elles-mêmes. » ■

SÉCURITÉ SOCIALE : BOULEVERSEMENT ORGANISATIONNEL EN VUE ?



Le 6 avril dernier, de façon quasi-inaperçue, trois ministres, Olivier Véran, Olivier Dussopt et Laurent Pietraszewski ont missionné les deux grandes inspections générales (IGF et IGAS) sur « les enjeux d'intérêt commun aux branches du régime général dans la perspective du renouvellement en 2023 des conventions d'objectifs et de gestion des caisses nationales ». Une démarche, qui dépasse le seul cadre du bilan de la période 2017-2022, et dont les impacts sont potentiellement appelés à bousculer, à terme, le paysage traditionnel de la Sécurité sociale française. ESE présente les principaux extraits d'un courrier qui fera du bruit...

« Dans ce contexte (le renouvellement des COG) nous souhaitons vous confier une mission qui aura pour objectif d'examiner et de proposer des pistes d'amélioration de la performance des organismes de S.S. sur des axes transversaux au régime général qui pourraient repris dans la COG du régime agricole. Cela en vue de crédibiliser la mobilisation d'économies supplémentaires en complément de ceux qui pourraient découler de règles de gestion des prestations (cf. l'avis du HCAAM sur l'articulation RO/RC). Nous souhaitons insister sur les problématiques transverses interbranches suivantes : la relation usager et l'implantation territoriale, la logique de parcours, l'organisation des réseaux et la gestion des fonctions de back-office, la stratégie immobilière, certains aspects de la gouvernance des systèmes d'information, la gestion des ressources humaines.

1 La mission interrogera l'implantation territoriale des accueils des organismes, y compris les accueils auprès des partenaires, France Services, ainsi que, concernant la branche autonomie auprès de ceux des conseils départementaux (MDPH, CLIC)... Elle dressera une cartographie pour analyser la pertinence compte tenu des modes de contact, en considérant les besoins des usagers éloignés du numérique ou en situation de fragilité pour lesquels l'accueil physique et la démarche d'accompagnement est indispensable...

cueil physique et la démarche d'accompagnement est indispensable...

2 S'agissant de la relation usagers, la mission établira un diagnostic du niveau de déploiement des dispositifs d'accueil et de parcours interbranche pour mieux répondre aux événements des publics les plus fragiles. Le développement des synergies entre les CPAM et les CAF devra être étudié ainsi que pour la branche retraite. La mission devra recommander l'optimisation sur la plus-value du Portail Numérique des droits sociaux (mesdroitssociaux.gouv.fr) et proposer des parcours pour la nouvelle branche autonomie.

3 La présence d'organismes à l'échelle départementale dans les branches maladie et famille devra être consolidée car elle garantit un pilotage au plus près des territoires et des partenariats efficaces avec les acteurs. La mission s'interrogera cependant sur l'amplification des efforts de mutualisation et d'optimisation des fonctions supports et métiers.

4 La mission s'interrogera sur les perspectives d'évolution de la stratégie immobilière dans un contexte de poursuite de réduction des effectifs et de développement du télétravail, au-delà de la crise sanitaire. Les modalités d'une plus



grande mutualisation des compétences en matière de gestion des biens entre branches (des opérations de cessions sont à proposer). Le rôle de l'Ucanss et des pôles régionaux (Preci) sont à interroger.

5 Les pistes de mutualisation les plus matures et sources d'efficience ainsi que les modalités d'organisation et de gouvernance concernant le portage des S.I. (systèmes d'information) transverses sont à examiner. Notamment pour comparer la pertinence du portage par une structure interbranche ad hoc par un chef de file pour la communauté.

6 S'agissant des ressources humaines, la mission s'interrogera sur la dynamique des relations sociales (échec des négociations sur la nouvelle classification) et fera des recommandations sur les voies et moyens pour redonner un espace et des leviers pour la négociation sociale et la dynamique managériale. Un bilan du télétravail, en termes d'agilité des organisations au regard de l'enjeu de productivité sera établi. La mission s'intéressera aux perspectives de convergence des conventions collectives, notamment entre celles du régime général et agricole.

7 La mission examinera les indicateurs de qualité et de performance des organismes vis-à-vis des usagers dans toutes les dimensions de ces relations et proposera des améliorations (en référence à la réforme des LFSS).

L'Ucanss, dont la COG sera renouvelée début 2022, dispose d'une expertise sur les fonctions supports (GRH, achats, immobilier) et parfois le rôle opérationnel (formation continue). Cette union est le vecteur des projets de mutualisation. Toutefois, elle peine souvent à prendre sa place dans le dispositif aux côtés des caisses nationales. La mission s'interrogera sur les solutions pour améliorer ses interventions.

La mission pourra, enfin, proposer des améliorations sur l'outil que constitue la convention d'objectifs et de gestion. »

■ Alexandre Beau et Pascal Beau

CE QUE DIT LA COUR DES COMPTES

Le débat sur la gestion, l'organisation et la territorialité de la Sécurité sociale est récurrent. Octobre 2020, le souvent sévère Cour des comptes formulait dans son rapport annuel sur la Sécurité sociale plusieurs exigences sur le poids désormais erroné de l'implantation territoriale incitant à une fusion entre les très petits organismes (un seul cas : la Lozère), la redistribution des activités dans un cadre national, le développement des mutualisations (entre 11 et 18% des activités selon les branches) plutôt centrées sur la production, l'insuffisante mobilité des agents et le développement d'une économie numérique de production de masse s'agissant de la liquidation des prestations, domaine où les gains de productivité peuvent être importants.



La question des effectifs est toujours dans la ligne de mire. La Cour réclame une rationalisation accrue de la GRH. Selon l'Ucanss, en 2020, le régime général recensait quelque 156 800 agents au sein du régime général dont 6,5 % en CDD (58 % dans la branche maladie, 22 % famille, 10 % recouvrement et 10 % retraite) pour près de 300 organismes sur le territoire.

Les autres systèmes européens de Sécurité sociale font-ils mieux que la France ? Il convient déjà de dissocier les systèmes historiquement « d'assurances sociales » comme la France, l'Allemagne, la Belgique, des autres, construits autour de services publics de santé. Dans les faits, Outre-Rhin, notre partenaire allemand, après une période intense de concentration des organismes, n'occupe plus la tête du classement de la gestion rationalisée. 132 caisses maladie publiques (101 en France). En termes de missions, les situations diffèrent finalement assez peu. S'agissant des effectifs, c'est plutôt la Belgique qui détient le « pompon » de l'efficience avec un ratio agent Sécurité sociale / habitants inférieur de 40 % à celui de la France et 1/4 des organismes de gestion sur le territoire. Prudence toutefois dans les comparaisons internationales car les données sont disparates. ■

ARTICULATION RO-RC : LES QUATRE SCÉNARIOS DU HCAAM

Les travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) sur la place de la complémentaire santé et de la prévoyance devraient être finalisés en novembre, mais un premier projet d'avis, dévoilé par ESE, vient d'être présenté. Retour sur les différentes pistes envisagées par l'instance de réflexion.

Pour les complémentaires santé, la remise du rapport du HCAAM s'impose comme le dossier brûlant de cet automne. Alors que la version finale est attendue d'ici un peu plus d'un mois, un premier projet d'avis était soumis aux membres lors de la réunion du 23 septembre dernier. Ce document, établi à titre provisoire, devrait être largement amendé en séance. Il reprend et affine les scénarios élaborés dès les travaux préparatoires, rendus publics en tout début d'année. De son côté, Olivier Véran a confié cet été un « travail technique approfondi » au vice-président du Haut conseil, Pierre-Jean Lancry. Pour le ministre de la Santé, les différents schémas envisagés « paraissent à des degrés divers, pouvoir ouvrir des pistes de réflexion et de débat fécondes, notamment celui visant à renforcer l'intervention de la Sécurité sociale ». Mais quels sont ces quatre scénarios ?

SCÉNARIO 1 : AMÉLIORER LE CADRE DE L'ARCHITECTURE GLOBALE

Ce premier schéma ne remet en cause ni les réformes mises en place depuis 2013, ni l'économie générale du système. Il s'inscrit dans la continuité tout apportant des « correctifs », notamment concernant les inégalités face aux restes à charge. Premier levier, simplifier les règles de remboursement de l'AMO, en passant par la mise en place d'un « mécanisme de type bouclier sanitaire ». En parallèle, les règles de participation financière des patients pourraient être simplifiées avec, par exemple, une forfaitisation pour la dépense hospitalière.

Concernant la couverture des personnes âgées modestes, un relèvement des plafonds d'éligibilité à la Complémentaire santé solidaire (CSS) est évoqué. Tous les salariés à temps partiel en CDI et ceux en CDD (à l'exception des contrats très courts) bénéficieraient d'une couverture collective. Pour tous ceux qui passeraient entre les mailles du filet, l'obligation de cofinancement sous la forme d'un versement santé pourrait être généralisée. Enfin, micro-entrepreneurs et exploitants agricoles seraient encouragés à se protéger via une extension de l'incitation fiscale.

SCÉNARIO 2 : EXTENSION DU CHAMP D'INTERVENTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Ce scénario de rupture « revient en quelque sorte à généraliser le dispositif des ALD à l'ensemble des patients », explique le HCAAM. Dans ce cadre, est préconisée la suppression de tous les tickets modérateurs. La participation des patients aux frais d'hospitalisation serait également prise en charge par le RO, avec à terme une refonte dans les tarifs des séjours « ou dans d'autres modes de financement ». En revanche,



les complémentaires auraient la possibilité de prendre en charge les chambres particulières. Concernant l'optique, le dentaire et les audioprothèses, le 100 % santé pourrait relever intégralement de la Sécurité sociale. L'exonération ALD « n'aurait plus lieu d'être et serait supprimée ». La CSS (ou une partie) conserverait son intérêt pour interdire les dépassements d'honoraires, voire pour permettre l'accès à un panier plus large.

Cette deuxième piste entraînerait des évolutions en termes de régulation des dépenses et de rôle de l'Assurance Maladie. Elle passerait par une évolution de la politique conventionnelle, les remboursements de la Sécurité sociale seraient alignés sur le tarif de responsabilité et les rémunérations de professionnels libéraux seraient remises à plat. Les dépassements restants pourraient être remboursés par les complémentaires.

L'approche de la gestion du risque du RO devrait être renouvelée à travers un renforcement de la prévention, en passant notamment par la politique conventionnelle.

Les complémentaires verraient leur champ d'intervention fortement réduit « aux exigences des patients et (...) aux dépassements ». Leur réglementation serait allégée et un certain nombre de dispositifs disparaîtraient notamment l'obligation de souscription de l'employeur, les mécanismes spécifiques pour la Fonction publique et les travailleurs indépendants, les exonérations socio-fiscales des contrats collectifs. Concernant l'impact social de la réforme, le HCAAM envisage plusieurs solutions pour les salariés allant du

reclassement interne, à la reprise par les organismes de Sécu, en passant par l'accompagnement en vue d'une reconversion. Pour financer ce chantier de grande envergure, le Haut conseil évoque plusieurs options : cotisations patronales, CSG ou encore TVA et impôts et taxes affectés (ITAF).

SCÉNARIO 3 : UNE COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE, UNIVERSELLE ET MUTUALISÉE

Ce scénario pousse la logique de généralisation de la complémentaire santé à tous les résidents en France et prolonge la logique d'encadrement des contrats. Il implique la reconnaissance de la complémentaire santé comme service d'intérêt économique général (SIEG). Celle-ci « demeurerait une activité marchande, mais les opérateurs interviendraient désormais dans le cadre d'une mission qui leur serait confiée par l'État ». L'obligation de couverture porterait sur un panier de soins défini par voie réglementaire comprenant au moins le socle Ani. La tarification pourrait demeurer libre ou être appuyée sur le collectif (ce qui permettrait de soulager l'effort des plus âgés). Autre option, mettre en place un plafonnement de l'écart maximal entre la prime la plus basse et la plus élevée.

Cette nouvelle architecture permettrait le maintien de l'obligation de co-financement par l'employeur, de la CSS et de certains dispositifs sociaux et fiscaux (notamment le système applicable aux contrats responsables). Un mécanisme de péréquation permettrait de compenser le « sur-risque » assumé par certains organismes. Enfin, la couverture de garanties non comprises dans le SIEG resterait libre.

SCÉNARIO 4 : DÉCROISSEMENT ENTRE L'INTERVENTION DE L'AMO ET DE L'AMC

Ce dernier scénario vise à passer d'une logique d'assurance « complémentaire » à « supplémentaire », dans laquelle AMO et AMC interviendraient sur des paniers de soins distincts. Les postes assumés majoritairement par les Ocam sortiraient de la prise en charge du RO (optique, dentaire,

audioprothèses, médicament à SMR faible ou modéré...). « Tous les soins du panier remboursable actuel qui resteraient dans le panier public seraient alors remboursés à 100 % sur la base des tarifs de responsabilité avec suppression de l'ensemble des copaiements actuels ». Certains publics bénéficieraient de « droits élargis », et les bénéficiaires de la CSS conserveraient leur panier de soins actuel, qui pourrait être étendu à d'autres populations (moins de 18 ans par exemple).

La concurrence entre les acteurs « pourrait plus facilement qu'aujourd'hui se développer sur la gamme de garanties offertes ». Cela passerait par un allègement du cadre réglementaire, en particulier les contrats responsables, mais en conservant certains « garde-fous » pour permettre un minimum de mutualisation du risque (la loi Evin par exemple). Les Ocam seraient également incités à contractualiser avec les offreurs de soins, notamment à travers les réseaux.



Les chiffrages de ces différentes hypothèses incluant leurs mécanismes de financement seront discutés lors de la prochaine séance plénière du Haut conseil, le 28 octobre prochain. A priori, le Grand Soir ne passera pas par le PLFSS 2022, qui devait être présenté le 24 septembre, en revanche ces réflexions pourraient largement nourrir les prochains débats dans le cadre de la présidentielle 2022.

La réflexion du HCAAM intègre également la prévoyance. Indépendamment de ces quatre scénarios, l'instance présente plusieurs pistes d'évolution pour améliorer cette couverture qui « ne s'est pas développée à la hauteur des enjeux qu'elle porte ». Elle préconise d'instaurer une obligation de négocier au niveau de la branche et, en cas d'échec, de créer une obligation subsidiaire de financement pour les employeurs. Les garanties des contrats devront être rendues « lisibles et effectives ». Le Haut conseil recommande également de mettre en place des mécanismes de solidarité professionnelle dans les accords de branche. Et à défaut d'accord de branche, l'accès au marché de la prévoyance devra être favorisé.

■ **Émilie Guédé**

LA MUTUALITÉ FRANÇAISE MOBILISÉE

Alors que la Cour des comptes a rendu cet été un rapport très sévère sur les complémentaires et que la commande d'Olivier Véran laisse présager une relance du débat public, la FNMF affine ses arguments. La Mutualité Française réfléchit à une riposte aux scénarios « qui dégraderaient les solidarités et la couverture des besoins de santé des Français, et qui par conséquent, seraient contraires à l'intérêt général ainsi qu'aux intérêts des mutuelles », souligne un document interne. En vue de la présidentielle, la FNMF travaille sur des scénarios de « rééquilibrage des risques entre AMO et AMC ». Objectif : régler la question des restes à charge élevés pour certaines catégories de population « en restaurant une part de mutualisation ». Parmi les différentes pistes à l'étude : forfaitisation du reste à charge hospitalier ; mise en place de règles de modulation du ticket modérateur selon le nombre d'ALD ; modulation du ticket modérateur selon les postes de dépenses (certains étant plus importants aux âges élevés). ■

LFSS, UNE RÉFORME D'IMPORTANCE POUR 2023

En complément des évolutions pressenties sur la Sécurité sociale, le Parlement achève l'examen de sa réforme des LFSS (lois de financement de la Sécurité sociale) pour une application en 2023.



Cela fait longtemps que les parlementaires, majorité et oppositions, aspirent à mieux maîtriser le dossier du financement de la Sécurité sociale. Ici et là, des intentions furent exprimées, des propositions de loi virent le jour. Désormais, c'est chose acquise. 2022 sera le dernier exercice « classique » pour la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS). La réforme initiée au Palais Bourbon, le Sénat devrait suivre d'ici quelques jours, confirme la montée en puissance du contrôle parlementaire du premier budget du pays avec plus de 530 Mds €.

PÉRIMÈTRE ET PRÉROGATIVES ÉLARGIS

Bien que les différences d'approche entre le Sénat sous la férule de son rapporteur **Jean-Marie Vanlerenberg** (Union centriste), avec une vingtaine d'amendements adoptés, et son alter ego à l'Assemblée nationale, **Thomas Mesnier** (LREM), ne soient pas considérables, il faudra recourir à une CMP (Commission mixte paritaire) pour boucler l'examen parlementaire d'une réforme traitée en procédure accélérée. Ce n'est qu'à l'automne 2022, avec la préparation du PLFSS 2023, que le nouveau cadre verra le jour. Pour l'essentiel que retenir des textes en débat ?

Trois textes caractériseront la nouvelle procédure du débat parlementaire sur la Sécurité sociale :

- La LFSS classique examinée chaque automne au Parlement.
- La LFFSR, loi de finances rectificative en cours d'exercice.
- La LACSS, loi d'approbation des comptes, présentée au printemps.

En sus des trois textes législatifs précités, les annexes de la LFSS incluent :

- Les mesures relatives à l'équilibre des finances sociales.
- Les mesures d'exonérations ou de réduction de cotisations sociales et des contributions.
- Le périmètre de l'Ondam, sa décomposition en sous-objectifs et une analyse du rapport besoins sanitaires/crédits budgétaires.
- Le tableau des finances sociales du pays.
- La situation financière des établissements de santé et médico-sociaux.
- Le compte définitif de l'exercice clos ainsi que les comptes provisionnels des régimes sociaux.
- L'étude d'impact de la LFSS en cours d'examen.
- Les mesures de correction en vue de revenir à l'équilibre structurel des régimes.
- La liste des régimes obligatoires et leur « pedigree » populationnel.

CONTRÔLE, CONTRÔLE !

La saisine préalable des conseils nationaux de branche de la Sécurité sociale devrait, à la demande du Conseil d'État et du Sénat, être maintenue. Pour éviter un risque d'inconstitutionnalité.

La LFSS devrait être incluse dans les débats d'orientation des finances publiques du printemps précédant le rendez-vous budgétaire de l'automne au parlement.

Le principe de pluriannualité des LFSS est acquis, mais au titre d'éclairage macro-économique et non selon une logique normative. Là aussi, le risque d'inconstitutionnalité était certain. Les LPPF (Lois de programmation des finances publiques) serviront de cadre de référence. Une présentation en logique triennale « glissante » est prévue.

Enfin, les députés demandent aux présidents de deux assemblées parlementaires que soit consacrée une semaine du temps parlementaire au contrôle de l'exécution des LFSS.

Côté Sénat, on aspire à l'élargissement de la LFSS à l'assurance chômage (ce qui est logique puisque la part salariale du financement relève désormais de la CSG), à une règle d'or de retour à l'équilibre des comptes sociaux sur 5 ans, l'introduction de clauses de révision des plafonds d'emprunt de l'Accoss pour l'essentiel des amendements.

Au final, cette réforme confirme le dessaisissement quasi définitif des partenaires sociaux dans le pilotage global de la Sécurité sociale. Au profit de l'État et du Parlement. Une évolution qui, pour être bien comprise, doit être insérée avec les autres chantiers sur la Sécurité sociale.

■ Pascal Beau

PERSPECTIVES

LES NOUVELLES PRATIQUES DU TRAVAIL SOCIAL



Un rapport du Haut Conseil du Travail Social détaille les pratiques émergentes face à l'évolution des méthodes et des attentes. Développement du pouvoir d'agir, coordinations pluridisciplinaires, « aller vers », quelles sont ces nouvelles orientations ?

Entre la nécessité d'en finir avec des interventions qui se contredisent et la fin de l'infantilisation des usagers, le travail social évolue. Au terme du premier confinement, le Haut Conseil du Travail Social (HCTS) a fait le point sur les nouvelles façons d'exercer le métier. Le principe : identifier des « pratiques émergentes », en rupture avec les pratiques habituelles et qui répondent à des problématiques nouvelles. Pour les recueillir, le HCTS a mené une enquête par questionnaire en ligne avec l'aide de l'Agence nationale des solidarités actives. Résultat : près de 1 800 retours de professionnels, essentiellement issus de conseils départementaux, de CAF et du secteur médico-social.

TRAVAILLER AUTREMENT

Au regard des procédures décrites, ces pratiques visent notamment à « intégrer la personne concernée à toutes les étapes de construction des projets qui la concernent, à titre individuel ou collectif et de prendre en compte ce qui a de la valeur pour elle ». Si la méthode améliore les chances

de voir la personne s'investir, elle implique un changement des représentations des travailleurs sociaux qui conseillent sans prescrire. Autre évolution notable, le fonctionnement en réseau pluridisciplinaire au-delà des institutions. Une organisation qui rompt avec le travail social en silo si longtemps dénoncé. Parmi les pratiques décrites, le rapport distingue quatre formes intéressantes.

CONFIER LA DÉCISION À LA FAMILLE

Développées dans la protection de l'enfance, les conférences familiales sont des réseaux constitués par la famille et les aidants disponibles dans l'environnement de l'enfant. Ses membres s'accordent pour définir un plan d'action pour la sécurité de ce dernier et les moyens nécessaires à sa mise en œuvre. Un travailleur social référent accompagne la famille pour réunir le réseau et mettre en œuvre le plan d'action. Les départements de l'Ardèche, de Gironde, du Nord ou de Seine Saint-Denis ont lancé la mise en œuvre de ces pratiques avec des plans de formation. Ces conférences permettent notamment de faire sortir les personnes de leur isolement.

RENCONTRER L'AUTRE

Deuxième pratique distinguée : aller vers l'usager. Rompant avec l'étude des droits sollicités sans prévenir la dégradation des situations en détectant les besoins réels, cette pratique prend différentes formes d'action : équipe mobile, visites à domicile, action hors les murs, permanence déloca-

lisée, travail social de rue... de nombreuses CAF développent cette pratique. Comme en Loir-et-Cher où les intervenants vont au-devant des familles fragilisées par un événement pour les informer sur leurs droits et les accompagner dans le cas du décès d'un enfant, d'impayés de loyer, pour la première naissance et avec les parents isolés.

TRAVAILLER À PLUSIEURS

Le troisième thème concerne la « paire aidante », c'est-à-dire la recherche de soutien auprès de collègues ou d'aidants de terrain. Développée dans certaines professions comme en psychiatrie et bien au-delà des frontières, elle est encore peu répandue dans le champ sanitaire et social. En Rhône et en Isère, les « ambassadeurs de santé mentale » de L'Institut régional Jean Bergeret sont des jeunes en service civiques formés aux bases de la santé mentale pour sensibiliser d'autres jeunes sur le sujet. Enfin, le rapport développe une pratique déjà mieux connue : la dynamique de différents acteurs réunis en réseau pour mutualiser les compétences et les moyens. Cette méthode de travail collectif dans un esprit pluridisciplinaire vise à améliorer l'impact des actions menées en évitant les doublons et les conflits. La mission Interface du Samu social de Paris réunissant différentes associations favorise l'accès aux structures médico-sociales des personnes de plus de 60 ans et/ou en situation de handicap accueillies dans les structures d'hébergement temporaire.

■ Florence Pinaud

ÉLECTIONS FÉDÉRALES EN ALLEMAGNE

QUELS PROGRAMMES POUR LA SUCCESSION D'ANGELA MERKEL ?



Dimanche 26 septembre verra une page politique majeure de l'Allemagne du XXI^{ème} siècle se tourner avec le départ d'Angela Merkel, chancelière depuis 16 ans. Pour lui succéder, la bataille électorale est intense entre les trois principales forces politiques que l'Union CDU/CSU, le SPD et les Verts. Sur le volet santé et social, les débats portent essentiellement sur le modèle allemand de 2030.

Incontestablement, le départ d'une des (si ce n'est LA) femmes politiques les plus influentes de l'après-guerre va laisser un grand vide dans les paysages allemand et européen. Toutefois, la vie politique suit son cours et l'après-Angela Merkel commencera dès le lundi 27 septembre avec l'officialisation des résultats des élections fédérales. Si six partis/coalitions politiques sont en course, l'ensemble des experts et des sondages s'accordent à dire que la victoire finale ne devrait pas à échapper à l'une des trois forces majeures que sont l'Union CDU/CSU de centre droit, le Parti Social-Démocrate (SPD) de centre gauche et les Verts (*Die Grünen*).

Au niveau des programmes électoraux, les différences entre ces partis sont davantage marquées sur le plan des réformes de politique sociale que sur leur vision du système

de santé allemand de demain.

Sur le champ sanitaire, il est intéressant de se pencher sur les thématiques choisies outre-Rhin en cette période de sortie de crise sanitaire. Là où le débat public français s'est fortement cristallisé autour de l'hôpital public, celui mené en Allemagne porte davantage sur le devenir de l'industrie pharmaceutique nationale, le déploiement du numérique en santé et l'organisation des soins primaires.

« LA PHARMACIE DU MONDE »

Sur le premier thème, tout le monde est sur la même longueur d'onde : l'Allemagne doit, non seulement assumer son leadership européen, mais doit même ambitionner de « redevenir la pharmacie du monde ». Pour le SPD et l'Union, le sujet est majeur, car il en va tout autant « de la sécurité sanitaire

nationale », que de préparer le pays à la course aux innovations et à la création des emplois de demain. Le succès rencontré par BioNtech, associé à Pfizer pour le développement du vaccin contre la Covid, a ainsi été mis en avant à de maintes reprises par les candidats comme un parfait exemple du savoir-faire allemand en la matière.

En ce qui concerne la santé numérique, les différents partis se rejoignent également sur l'impérieuse nécessité d'accélérer la feuille de route mise en place par l'administration Merkel en ce qui concerne l'usage de la télésanté, le déploiement d'outils, tel que le dossier patient électronique (équivalent du DMP) et l'utilisation encadrée des données de santé. La CDU-CSU fixant la date limite de la « bascule » à un système entièrement numérisé à 2030.

Enfin sur le volet de l'organisation des soins, l'opposition entre les blocs est réelle. Si l'Union prône une certaine forme de statu quo, les Verts et le SPD estiment que la crise sanitaire aura mis en exergue le besoin de rupture dans la politique sanitaire territoriale visant à concentrer les compétences autour de pôles hospitaliers de grande échelle. Ces deux parties prônent le

FRANCE	EN SANTÉ : MATCH NUL ?	ALLEMAGNE
11,1 % (plutôt 12,4 % en norme Dépenses Courantes de Santé, dite DCS)	% PIB CONSACRÉ AUX DÉPENSES DE SANTÉ	11,7 %
85,9 ans pour les femmes 79,9 ans pour les hommes	ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE	83,7 ans pour les femmes 79 ans pour les hommes
8,1 %	% DES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS, SE DÉCLARANT EN TRÈS MAUVAISE / MAUVAISE SANTÉ	8,3 %
66,6 %	% DES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS, SE DÉCLARANT EN BONNE / TRÈS BONNE SANTÉ	65,5 %
213 201 (soit 3,17 médecins pour 1 000 habitants)	NOMBRE DE MÉDECINS EN EXERCICE (TOUTES SPÉCIALITÉS CONFONDUES)	365 100 (soit 4,39 médecins pour 1 000 habitants)
58 493 (soit 0,87 médecin pour 1 000 habitants)	NOMBRE DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN EXERCICE	59 711 (soit 0,72 médecin pour 1 000 habitants)
3 008 (soit 45 hôpitaux pour 1 million d'habitants)	NOMBRE D'HÔPITAUX	3 026 (soit 36 hôpitaux pour 1 million d'habitants)
392 593 (soit 5,84 lits pour 1 000 habitants)	NOMBRE LITS HOSPITALIERS (TOUT TYPE DE LITS CONFONDUS)	657 662 (soit 7,91 lits pour 1 000 habitants)
100 %	% DE LA POPULATION COUVERTE PAR UNE ASSURANCE MALADIE PUBLIQUE	89,5 % (10,5 % des Allemands sont couverts par une assurance maladie privée primaire, néanmoins obligatoire)

(Données 2019 - Source : OCDE)

déploiement de structures de plus petite taille, plus mobiles et davantage orientées sur le suivi du patient à son domicile.

STATU QUO OU ÉTAT PLUS PROTECTEUR ?

En matière de politiques sociales, si l'Union appelle de ses vœux à ne pas bouleverser un modèle qui avait fait ses preuves avant la crise sanitaire, le SPD et les Verts entendent agir et poussent pour un État fédéral plus protecteur. Les deux partis d'opposition se rejoignent en effet sur trois points : tout d'abord, il faut en priorité rééquilibrer la fiscalité en allégeant pour les revenus modestes et la réévaluant pour les ménages les plus aisés. Ce nouvel équilibre devant au final ne pas diminuer le poste « impôt » dans le revenu fédéral. La CDU/CSU promet quant à elle, une baisse généralisée de l'imposition pour l'ensemble des ménages allemands.

Second point d'accord, leur position sur le mécanisme d'assurance chômage (*Hartz IV*) qui outre le relèvement des indemnités de base doit être remplacé à terme par un système « d'allocation citoyenne universelle », proche du RSA français. Cependant en ce qui concerne le

périmètre des prestations sociales, le Parti Social-Démocrate entend aller plus en revoquant le mécanisme d'allocation familiale actuellement en place. Le SPD souhaite ainsi le remplacer par une allocation enfance universelle dont le montant plancher mensuel serait de 250 € par enfant, et le plafond de 528 €. Troisième thème commun, celui concernant le niveau du salaire minimum horaire (actuellement à 9,60 €). Les Verts et le SPD veulent le fixer à 12 € minimum. À l'opposé, on ne touche à rien pour l'Union CDU/CSU qui craint que toute hausse à court terme du SMIC allemand puisse freiner la dynamique de relance de l'économie nationale.

Enfin, on notera que si les questions de retraite devraient enflammer le prochain débat présidentiel français, cela ne se sera pas le cas en Allemagne. Le sujet semble même clos, car les trois principales forces politiques s'entendent sur le fait de ne pas réformer les mécanismes en place qui verront l'âge légal de départ en retraite s'établir à 67 ans en 2031.

L'élection fédérale a lieu ce dimanche. *Viel Glück an alle!* (bonne chance à tous!)

■ Alexandre Beau

Pour bien interpréter les données présentées ci-dessus, quelques explications sont nécessaires, principalement sur le volet de l'offre de soins.

Si Allemands et Français font quasi jeu égal sur le nombre d'établissements hospitaliers, il faut ici prendre en considération la taille de ces derniers. En Allemagne, le modèle de couverture territoriale hospitalière qui a prévalu jusqu'à récemment se basait sur une logique de concentration de plusieurs établissements de taille modérés en un seul « super » hôpital couvrant un périmètre d'action plus large, ouvrant plus de lits, concentrant plus de praticiens et surtout, permettant de dégager de plus grandes marges en termes de frais de gestion.

Du côté de la médecine de ville (y compris des généralistes), l'organisation de l'activité s'opère différemment. Ainsi, dans leur majorité, rares sont les médecins allemands à pratiquer une médecine libérale isolée. Le modèle traditionnel d'organisation locale est bâti sur une logique de petite unité de soins primaires incluant majoritairement un (ou plusieurs) médecin généraliste, une (ou deux) infirmière et une unité de biologie en capacité de réaliser des examens de base. ■



RELEVER LE DÉFI D'UNE INTÉGRATION RÉUSSIE

Deuxième séquence des « rendez-vous de l'innovation RH » organisés par ESE et le Lab'RH de l'Ucanss. Après avoir mis en avant les expérimentations menées dans les caisses locales de Sécurité sociale en termes de processus de recrutement (cf. ESE n°1195), place désormais à celles portant sur les méthodologies d'intégration des nouveaux collaborateurs.

La question de l'intégration des collaborateurs est un sujet central de gestion des ressources humaines dont s'est saisi aujourd'hui l'ensemble des branches de la Sécurité sociale. Les données de l'équation sont simples : comment s'assurer que les quelque 10 000 collaborateurs recrutés chaque année par l'ensemble des régimes de Sécurité sociale arrivent à rapidement s'intégrer durablement dans des organismes dont l'ADN est marqué par une profonde attaché à la notion de service public ? Cette problématique n'est pas le seul défi auquel ont dû récemment faire face les caisses locales. On citera ainsi en exemple, l'arrivée des personnels issus de l'ex-régime des indépendants, le besoin

d'adapter les parcours de formation et d'intégration des nouveaux arrivants en vue de maximiser leurs potentiels de performance, le travail continu portant sur les questions de qualité de vie au travail et ce, notamment, en vue de limiter des risques de turn-over trop importants* ou bien encore, l'adoption de nouvelles formes d'organisation des modes de travail avec en point d'orgue l'instauration, désormais généralisée, du travail à distance. Focus sur quatre caisses locales qui mettent en place des processus d'intégration innovants bénéficiant conjointement au nouvel arrivant et à leur organisation interne.

■ Alexandre Beau

* En 2019, le taux de turn-over du régime général s'établit à 4,9 %. Ce faible taux tend à rendre compte d'un climat social de bonne qualité. Cependant, la hausse de 1,9 point du taux de turn-over par rapport à 2009, doit amener à la réflexion en termes de fidélisation et d'attractivité.

En partenariat avec :



connaître les activités de la caisse. En sus, les équipes de la caisse organisent « l'après-vente » de l'événement pour s'assurer de la bonne continuité et de l'amélioration du processus d'intégration (petits déjeuners informels, rendez-vous bilan effectué à trois mois...).

Atouts de la démarche :

- Une approche originale et ludique mettant en avant l'ancrage territorial de la caisse.
- Valorisation de la créativité, de l'autonomie et de la proactivité des équipes ayant mis en place cette initiative.
- **Axes d'amélioration :** Le cadre d'intégration défini par la CARSAT repose avant tout sur des actions à mener en présentiel. Les équipes mobilisées dans le processus projettent de davantage diversifier leur approche en développant des outils digitaux pour favoriser l'accompagnement des collaborateurs à distance.
- **Chiffre clé :** Zéro, soit le nombre de collaborateurs issus de l'ex-régime des indépendants à avoir quitté la caisse depuis leur intégration.
- **Et après ?** Pour les prochaines éditions, la caisse souhaite élargir les publics y participant dans une logique de renforcement

de la cohésion et de la transversalité entre les différents services. ■

CPAM DU DOUBS

Welcome to Doubs!

■ **Le projet :** La caisse primaire du Doubs a dû en 2019 accueillir de nombreux collaborateurs issus de l'ex-régime des indépendants. Un moment fort et inédit pour la CPAM, qui n'a pas été perçu comme une contrainte mais, au contraire, comme une opportunité par son équipe de direction. Celle de revoir ses processus d'intégration en déployant une nouvelle approche méthodologique de « on-boarding » (accueil) s'appuyant sur plusieurs leviers. Celle-ci commence en amont de l'arrivée du collaborateur via l'accès à une passerelle



extranet de pré-accueil regroupant l'ensemble des informations administratives relatives à son recrutement et intégration afin que le jour J, son accompagnement soit uniquement focalisé à son arrivée au sein des équipes. Dès ce stade, chaque nouveau collaborateur est accompagné par un tandem parrain/marraine volontaire (appelé « Doubs Bleu ») qui le guidera jusqu'à ce que le processus d'intégration soit complètement finalisé.

Atouts de la démarche :

- En débutant son intégration avant son arrivée dans la caisse, le collaborateur voit son temps d'adaptation optimisé.
- Le système de parrainage permet de décloisonner et de faire collaborer les services entre eux.
- Une approche évolutive et adaptable à tout type de recrutement, de collaborateur



opérant sur des missions de contact trading à celui de direction.

- **Axes d'amélioration :** Les équipes de la caisse doivent adapter les outils déployés pour les personnes peu familiarisées avec les outils numériques.
- **Chiffre clé :** 10% soit la hausse des effectifs due à l'arrivée des anciens agents du RSI. L'ensemble de ces personnes a pu bénéficier de l'approche méthodologique développée par la CPAM.
- **Et après ?** La démarche portée par la CPAM du Doubs intéresse. Une dizaine d'autres CPAM envisageraient de déployer une approche similaire. ■

CAF DE MÂCON

Logique du « test and learn »

■ **Le projet :** Depuis plusieurs années, la CAF de Mâcon base sa stratégie d'intégration sur une philosophie simple : « il faut prendre du temps et ne pas hésiter à tester des concepts. » Exemple de la mise en pratique

de ce crédo, le cadre d'accueil défini pour les salariés recrutés sur la mission ARIPA. Celui-ci a été bâti autour de trois étapes (adaptables selon les spécificités métier) :

- 1 Avant son arrivée à la caisse, une prise de contact est effectuée entre la personne recrutée et sa future équipe via un groupe de conversation électronique pour débiter son intégration le plus tôt possible.
- 2 À son arrivée, le collaborateur participe à un temps de convivialité et de découverte avec son équipe. De plus, il est introduit à ses deux parrains volontaires (+ un mentor pour les managers) qui vont jouer un rôle « pivot » dans son intégration.
- 3 Dans les mois suivants, des bilans hebdomadaires sont réalisés avec les parrains (+ le mentor pour le manager) jusqu'au moment où la démarche d'accompagnement s'avère ne plus être nécessaire.



URSSAF AQUITAINE

La journée des collaborateurs

■ **Le projet :** Comment développer une culture commune à l'ensemble de ses 784 salariés alors que ceux-ci sont répartis sur de nombreux sites éloignés les uns des autres géographiquement et parfois même, culturellement ? Pour faire face à ce défi, l'URSSAF Aquitaine organise depuis 2016 une journée dédiée à l'ensemble des collaborateurs, nouveaux comme anciens. Rassemblé une fois par an sur un site unique, l'ensemble des effectifs est réuni autour d'un programme qu'ils auront eux-mêmes définis. Un événement fédérateur répondant à quatre objectifs : favoriser l'inclusion, renouer les liens de proximité, développer l'esprit participatif et enfin, s'ouvrir sur les autres missions de la branche.

Atouts de la démarche :

- Un rendez-vous fédérateur favorisant la cohésion collective au sein de l'organisme.
- Le contenu de ces journées est intégralement conceptualisé et animé par des salariés volontaires de l'union régionale.
- Présentation de l'ensemble des métiers du recouvrement dans une logique de découplage et de mise en avant de perspectives de mobilité interne au sein des différentes activités de la branche.
- **Axes d'amélioration :** Les équipes de l'URSSAF veulent continuer à déployer de manière continue « l'esprit » de cette journée au-delà de celle-ci. Des ateliers thématiques spécifiques au sein des différents sites de l'union régionale se déploient progressivement.
- **Chiffre clé :** En moyenne, 30 collaborateurs nouvellement recrutés en CDI participent à chaque édition.
- **Et après ?** L'URSSAF entend relancer son concept dès l'année prochaine en adaptant son contenu pour préparer la transition vers une organisation du travail mêlant activité à distance et présentiel. ■

La finance n'est réaliste que quand elle est investie dans l'économie réelle.

Nous investissons nos actifs dans l'économie réelle, nationale et locale. La finalité de nos investissements est la production de richesses et d'emplois et non la spéculation financière de court terme.

La régularité de nos performances et notre démarche d'investissement responsable sont saluées par les organismes financiers les plus réputés*.

Seule une société de personnes comme AG2R LA MONDIALE, non cotée en bourse et administrée par ses assurés, peut réinvestir 100 % de ses résultats en leur faveur et contribuer à leur sérénité depuis plus de 100 ans

* L'Agence Française de Normalisation (AFNOR) a attribué pour 3 ans le label ISR public à 3 de nos fonds ISR. Lipper a classé notre gamme diversifiée AG2R LA MONDIALE Gestion d'Actifs : meilleure gamme « Mixed Asset » dans la catégorie « grandes sociétés de gestion ».

Prévoyance
Santé
Épargne
Retraite



AG2R LA MONDIALE
Prendre la main
sur demain