

Chapitre VI

Les stratégies de gestion et les outils de pilotage

PRESENTATION

Dans des organisations telles que les branches du régime général, la question du pilotage est essentielle à plusieurs titres. D'une part, ces systèmes étant en situation de monopole, le progrès de la qualité du service et la réduction de son coût ne peuvent venir que d'une impulsion interne ou d'objectifs fixés par l'Etat. D'autre part, les réseaux comportant au moins pour trois d'entre eux (maladie, allocations familiales et recouvrement) un nombre élevé d'organismes locaux, dotés chacun d'un conseil d'administration et d'une grande latitude d'organisation et de gestion, la capacité de la tête de réseau à exercer une fonction d'animation et de pilotage est déterminante.

Cette capacité suppose à la fois la définition d'une stratégie et la mise en place d'une organisation et d'outils adaptés. Stratégie et pilotage sont d'autant plus nécessaires que chacune des branches sera confrontée dans les prochaines années à des enjeux particulièrement forts.

L'enquête de la Cour montre que, si de nets progrès ont été accomplis ces dernières années, des inflexions importantes sont aujourd'hui indispensables.

Le présent chapitre examine successivement le contenu des conventions d'objectifs et de gestion et la définition des stratégies de gestion, les pouvoirs des caisses nationales et leurs moyens d'incitation, enfin leur organisation et leurs outils d'analyse pour le pilotage de leurs réseaux.

I - Les COG et la définition des stratégies de gestion

Instituées par les ordonnances de 1996, les COG constituent un outil de première importance pour améliorer la gestion du régime général et pour renouveler les relations de travail entre les organismes de sécurité sociale et leurs tutelles. Les premières COG ont été mises en œuvre dès 1997 ou 1998 selon les caisses et ont constitué une phase d'apprentissage. C'est la deuxième génération de COG, mise en place à partir de 2000 pour une durée de quatre ans qui a constitué le vrai démarrage. Au-delà des différences constatées entre les branches, elle a permis d'accroître l'appropriation de cet instrument par l'ensemble des réseaux. Elle a aussi constitué pour les caisses nationales un levier important d'animation et de pilotage. Elle a enfin conduit à instaurer entre les tutelles et les caisses de

nouvelles méthodes de travail : la responsabilisation des caisses sur le respect des enveloppes budgétaires allouées dans un cadre pluriannuel a été compensée par d'incontestables souplesses de gestion.

Ces nets progrès ne doivent pas occulter les difficultés rencontrées ou les limites constatées, qui constituent autant d'enseignements pour la préparation en cours de la troisième génération de COG.

A – La formulation des objectifs stratégiques de gestion dans les COG

Les COG constituent désormais un élément essentiel pour la définition et la formulation des stratégies des caisses nationales et des branches¹⁰⁸. Ce chapitre évoque les dispositions des COG qui concernent les dépenses de gestion.

Les conventions d'objectifs et de gestion (COG)

L'ordonnance du 24 avril 1996 a prévu la conclusion de conventions d'objectifs et de gestion entre l'Etat et les caisses nationales de sécurité sociale ainsi qu'avec l'ACOSS.

Les objectifs recherchés

Les objectifs étaient de clarifier le partage des responsabilités et les relations entre l'Etat et les branches ou régimes, de progresser vers une meilleure organisation de chaque branche en renouvelant les rapports entre caisses nationales et organismes de base et de mettre en œuvre une démarche contractuelle, visant à préciser les objectifs pour pouvoir ensuite évaluer les résultats.

Le champ des COG

Selon l'article L. 227-1 du CSS, ces conventions précisent :

- les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;
- les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion administrative et du contrôle médical ;
- le cas échéant, les conditions de constitution ou d'amélioration et d'évolution du réseau des caisses locales ;
- les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs ;
- le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

108. La Cour a examiné à deux reprises le dispositif général des COG, ainsi que le contenu et les résultats des premières COG (voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1998, p. 673 et de septembre 2000, p. 388).

En outre la COG de la CNAM doit mentionner les orientations pluriannuelles de l'action du gouvernement dans les domaines de la santé publique, de la démographie médicale et du médicament.

L'exécution de certains des engagements souscrits par les établissements nationaux ne dépend pas d'eux mais des organismes de base. Aussi, l'article L. 227-3 du CSS dispose que les COG prévoient des contrats pluriannuels de gestion (CPG) entre les établissements nationaux et les organismes de leur branche. Les engagements prévus dans ces seconds documents doivent permettre de réaliser ceux pris par les têtes de réseaux.

Les COG contiennent un certain nombre d'objectifs importants. En revanche, elles présentent deux défauts majeurs.

1 – Des déséquilibres dans la nature des objectifs et dans leur degré d'exigence

Les premières COG présentaient une allure de catalogue. A cause d'une ambition d'exhaustivité, les axes stratégiques ne ressortaient pas de façon évidente.

Les secondes COG, qui viennent de se terminer ou vont s'achever fin 2004 prêtent encore, bien qu'à un moindre degré, à la même critique.

Dans la COG recouvrement, l'ACOSS a formalisé son engagement sur 70 objectifs. Des engagements de natures très différentes sont situés sur le même plan, particulièrement dans la partie relative aux services aux usagers qui comporte 35 engagements.

Comme les premières COG, les secondes mettent, dans toutes les branches, l'accent sur la qualité de l'accueil, la proximité, la qualité de service, reflétant ainsi les préoccupations des établissements nationaux et de leurs conseils d'administration. En revanche, de manière générale, la productivité et la réduction des coûts entre caisses apparaissent comme des objectifs secondaires, voire ne sont pas du tout mentionnées. On peut se demander si les objectifs tracés dans les COG ne répondent pas, au moins en partie, au souci de préserver le niveau des effectifs des organismes locaux, au prix d'une absence de baisse des coûts.

En particulier, la COG de la branche maladie ne comporte aucun objectif en ces domaines, alors que cette branche représente à elle seule 63 % du total des effectifs (ETP) du régime général. De même, la COG de la branche recouvrement ne comporte pas d'objectif de réduction globale des coûts. Elle indique seulement, et sans plus de précision, que la politique de réduction des écarts de coûts sera poursuivie. Elle évoque les gains de productivité, mais uniquement pour indiquer qu'ils sont affectés

par priorité à l'amélioration de la qualité de service, ce qui confirme a contrario le caractère pour le moins secondaire de la baisse des coûts.

La COG de la branche famille, tout en continuant à marquer, comme celle qui l'avait précédée, une priorité à la qualité de service, fait une référence plus significative à la performance des CAF. Deux chapitres sont consacrés à ce thème : « accompagner les CAF dans une dynamique de la qualité et de la performance » et « renforcer le pilotage du réseau pour mieux construire ensemble et mieux assurer la performance de la branche ». La « recherche du meilleur rapport qualité-coût » apparaît expressément, de même que « l'objectif de rapprochement pour les CAF dont les coûts de gestion dépassent les crédits de référence ». En revanche, la convention indique que « la branche dégage les gains de productivité nécessaires pour assurer le développement des objectifs de qualité », formulation qui exclut encore plus que celle de la branche recouvrement une affectation même partielle à la baisse des coûts. Au demeurant, aucun objectif chiffré de baisse du coût de gestion par allocataire n'est mentionné.

Sur les 24 indicateurs principaux de la COG retraite, un seul concerne directement la productivité (un indicateur composite) et un autre, celui de l'absentéisme de courte durée, peut s'y rattacher mais leur poids n'est pas négligeable.

De la même manière, le sujet de l'organisation territoriale n'est que peu évoqué et de manière imprécise. Pour la branche recouvrement, le fait que la COG préconise des coopérations permanentes et des concertations entre URSSAF traduit plutôt une renonciation tacite au regroupement. La COG se borne en outre à énumérer 11 domaines de coopération potentielle. La COG de l'assurance maladie est aussi silencieuse sur l'organisation du réseau que sur la productivité. Même la mutualisation de certaines tâches entre les CPAM n'est pas évoquée. La convention n'évoque d'ailleurs pas davantage l'organisation de la caisse nationale alors que, comme la Cour l'avait relevé dès 1999, une réorganisation en profondeur de l'établissement public était indispensable au pilotage d'un ensemble employant 110 000 personnes et à l'amélioration de l'efficacité de ce réseau¹⁰⁹.

109. C'est dans le projet d'établissement, élaboré par la suite par la CNAM, que le principe de la réorganisation apparaîtra, par la mention qu'un organigramme – jusqu'alors inexistant – serait publié, sans d'ailleurs de précision sur son contenu. La réorganisation s'est échelonnée de fin 2001 à début 2004, sans être totalement achevée à ce jour.

Les objectifs des COG présentent donc un fort déséquilibre entre les objectifs de qualité du service d'une part, ceux de productivité, de rationalisation et de baisse des coûts d'autre part.

En outre, les COG n'évoquent pas certains enjeux importants des branches. Ainsi, celle de la branche recouvrement ne traite pas de la généralisation du chèque emploi-service et, pour le versement en lieu unique (VLU), elle n'engage l'ACOSS que sur l'étude d'éventuelles extensions. Elle ne définit pas explicitement d'objectif pour les taux de reste à recouvrer, sauf pour les employeurs et travailleurs indépendants (ETI) alors que l'efficacité globale du recouvrement est à l'évidence un enjeu important de la branche.

La COG de l'assurance maladie est muette sur le service du contrôle médical qui compte pourtant 10 000 personnes et dont le fonctionnement peut avoir un impact sur les dépenses de remboursement de l'assurance maladie.

Ni la COG de l'assurance maladie, ni celle de la branche retraite n'abordent le devenir des CRAM, ce qui confirme que les COG, si elles comportent, au moins pour la retraite, la famille et le recouvrement, nombre de dispositions intéressantes, évitent en revanche au moins certains des sujets les plus difficiles.

On peut enfin remarquer le fort déséquilibre dans le degré d'exigence des différentes COG. Celle de l'assurance maladie, branche la plus importante quantitativement et où les enjeux de productivité et de réorganisation sont les plus forts, est particulièrement vague et imprécise sur de nombreux points et encore beaucoup moins exigeante que celle des autres branches.

2 – Des dates de signature tardives

Les COG ont toujours été signées plusieurs mois après le début de leur première année d'application.

Ainsi, celle de la CNAM pour la période 2000-2003 l'a été en septembre 2000. Conclues pour la période 2001-2004, la COG de la CNAV a été signée fin mai 2001 et celle de la CNAF l'a été en septembre 2001. Quant à la COG de la branche recouvrement, conclue pour 2002-2004, elle n'a été signée qu'en avril 2002.

De même, la COG 2004-2007 de la branche maladie aurait dû être signée au plus tard à l'automne 2003 mais les tutelles et la CNAM n'ont pas été en mesure de tenir ce calendrier, si bien que les négociations ont

été perturbées par la préparation de la réforme de l'assurance maladie, laissant les choses en suspens.

Ces retards systématiques ne peuvent que diminuer l'effet réel des COG. Ils contribuent aussi à expliquer la date encore plus tardive de signature des contrats pluriannuels de gestion entre les têtes de réseau et les organismes de base.

Compte tenu de la lourdeur de la procédure de négociation des COG, il semblerait préférable d'allonger leur période de validité de quatre à cinq ans et de mener les négociations dès le début de la dernière année de la COG précédente.

B – Les indicateurs associés aux objectifs

Les premières COG comportaient peu d'indicateurs permettant de préciser et de suivre les objectifs qu'elles retenaient. Leur définition avait été renvoyée à des accords ultérieurs entre l'Etat et les établissements nationaux.

Les COG de la seconde génération sont, elles, davantage assorties d'indicateurs et de plans d'actions. Toutefois, les progrès sont encore inégaux selon les branches.

Ainsi, la COG de la branche retraite comporte 39 indicateurs chiffrés, dont 24 constituent des indicateurs principaux et 15 des indicateurs associés. Le nombre d'indicateurs principaux a doublé entre la première COG et la seconde. La plupart des indicateurs principaux de la COG sont faciles à atteindre. C'est vrai en particulier pour ceux qui visent à apprécier la qualité du service en particulier la proximité, mais aussi pour l'indicateur composite : la valeur retenue comme objectif dans la COG 2001-2004 était inférieure au niveau atteint par cet indicateur en 1999 et 2000 mais ceci s'explique par la prise en compte de l'ARTT et des recrutements anticipés. La résorption des écarts de coûts entre caisses figure dans les plans d'actions et fait l'objet d'un indicateur mais celui-ci ne fait partie ni des indicateurs principaux, ni des indicateurs associés.

Par ailleurs, outre ces indicateurs, la COG de la branche comporte 196 plans d'action. Ils sont très hétérogènes et vont de sujets cruciaux pour l'avenir comme l'optimisation des points d'accueil à d'autres très ciblés voire factuels. La très grande majorité d'entre eux ne sont pas assortis d'indicateurs.

De même la COG de la branche recouvrement comporte un grand nombre d'indicateurs, (56), dont le suivi est rendu difficile par l'absence de tableau de bord renseigné automatiquement. Fin 2003, donc très près

de la fin de la convention, seuls 37 d'entre eux avaient reçu une définition précise permettant d'envisager de les produire effectivement ; en outre, pour plusieurs indicateurs, la valeur à atteindre n'est pas précisée. L'indicateur permettant de mesurer la valorisation des compétences et l'indicateur synthétique de la politique du recouvrement sont toujours en cours d'élaboration.

La COG de la branche famille comporte 53 indicateurs, mais une partie d'entre eux ne visent pas de valeur cible, notamment les indicateurs de productivité et ceux portant sur les coûts de gestion.

La COG de la branche maladie, dont les objectifs sont formulés de manière plus littéraire que ceux des COG des autres branches, comporte peu d'indicateurs chiffrés et aucune valeur cible¹¹⁰. Les progrès en matière d'indicateurs ont donc été moindres dans cette branche que dans les trois autres.

Certains indicateurs souffrent par ailleurs d'un manque de pertinence. Par exemple, dans la branche recouvrement, l'indicateur sur le délai de réponse dans les 15 jours à tous les courriers simples est sans vraie portée, puisqu'un accusé de réception est admis comme une réponse. Pour la lutte contre le travail clandestin, l'indicateur est le temps consacré à cette action, ce qui ne rend en rien compte de son efficacité. Dans la branche famille, les indicateurs relatifs aux paiements indus peuvent être critiqués : ils se dégradent en effet quand le nombre d'indus identifiés augmente ; or, l'augmentation des indus peut trouver son origine dans un resserrement de l'action de contrôle menée par la caisse.

Dans ce dernier cas, l'indicateur peut avoir un effet pervers. De même, le conseil donné aux agents des plates-formes téléphoniques de ne pas dépasser un temps moyen de communication de trois minutes peut dégrader, en certains cas, la qualité de l'accueil.

De manière plus générale, la fixation d'indicateurs est positive car elle permet des mesures homogènes et facilite les actions de communication interne de la tête de réseau et de la direction des caisses locales. En revanche, si elle incite les caisses à se mobiliser sur les actions qui font l'objet d'indicateurs, elle peut conduire à négliger celles qui ne sont pas concernées. Elle doit donc être recoupée par une évaluation plus globale de l'action des caisses, évaluation qui n'est que partiellement mise en œuvre aujourd'hui par les caisses nationales¹¹¹.

110. Les seuls indicateurs chiffrés portent sur la qualité de service. Par ailleurs, un certain nombre d'indicateurs à portée nationale sur la qualité de service figurent dans les CPG signés avec les caisses locales.

111. La CNAF étant toutefois en avance sur ce point. Voir infra.

Le nombre élevé des indicateurs, leur importance inégale, l'absence d'objectifs cibles pour une part non négligeable d'entre eux nuisent au caractère stratégique de la COG. Le fait que certains indicateurs aient été beaucoup trop faciles à atteindre et que d'autres n'aient toujours pas été définis longtemps après le démarrage de la COG ôte à celle-ci une part de son efficacité.

L'existence des COG constitue en elle-même un progrès. Cependant, les diverses limites qui viennent d'être analysées montrent que, compte tenu des enjeux de la gestion des quatre branches dans les prochaines années, les troisièmes COG en cours de préparation ne devraient pas être une simple réplique des précédentes. Un saut qualitatif est indispensable. Le système des COG est à la fois trop ambitieux dans son champ et pas assez exigeant dans ses objectifs. Il doit être recentré sur les aspects les plus stratégiques.

L'équilibre entre les divers types d'objectifs doit être revu. Les progrès enregistrés dans la qualité de service¹¹² justifient que la priorité soit accordée aux objectifs d'organisation, de productivité et de baisse des coûts. Parallèlement, un effort particulier devrait être accompli pour rendre plus précise la COG de la branche maladie.

C – Les difficultés de définition d'une stratégie de branche

1 – Les limites des orientations stratégiques dégagées par les caisses nationales

Par nature, les caisses nationales devraient normalement être les mieux placées pour dégager les orientations stratégiques de leur branche. Force est cependant de constater qu'il n'en a pas toujours été ainsi dans tous les domaines stratégiques pour l'évolution des caisses.

Dans les préoccupations des caisses et notamment de leurs conseils d'administration, les questions les plus présentes sont la relation avec l'utilisateur et donc principalement la qualité de service et les délais de traitement des prestations. Les autres questions comme la productivité ou la maîtrise des coûts, ne viennent qu'au second plan, ce qui induit un déséquilibre dans la perception des choix stratégiques.

112. Pour la branche famille, le taux d'appels téléphoniques débouchant sur un contact avec un agent demeure inférieur à l'objectif de 85 %, mais les enquêtes de satisfaction sont très favorables à la branche.

La diversité des activités de certaines branches rend également difficile la formulation d'une stratégie complète. Cette difficulté est particulièrement nette pour la branche maladie qui, outre la liquidation des prestations, assure le contrôle médical, s'implique dans la gestion du risque, participe à la politique hospitalière, gère des œuvres sanitaires. Le conseil d'administration de la CNAM consacre l'essentiel de ses séances aux relations avec les professions de santé. Les questions relatives à la gestion et à l'organisation de la branche n'y sont généralement que très brièvement abordées. Le « plan stratégique » élaboré en 1999 ne les évoquait pas.

S'agissant de la gestion elle-même, les conseils d'administration des caisses nationales évoquent beaucoup plus la gestion courante ou des projets particuliers que les perspectives stratégiques, malgré l'existence de commissions chargées spécifiquement d'examiner les problèmes de gestion et de préparer leurs décisions.

Ce contexte contribue à expliquer que les caisses nationales n'ont pas défini d'orientation sur des sujets aussi stratégiques que la restructuration des caisses locales.

Ainsi, l'ACOSS n'a ni dessiné de stratégie d'évolution du réseau des URSSAF, ni même formulé de projet précis pour l'organisation de la coopération régionale et interrégionale entre les unions, laissant ainsi se développer des configurations très hétérogènes. De même la CNAM, après avoir esquissé à nouveau en 2002 une réflexion collective du réseau sur l'évolution de son organisation, n'a dégagé aucune perspective claire. Ce n'est que très tardivement qu'elle a choisi d'inciter au développement de plates-formes téléphoniques, sans d'ailleurs encadrer réellement ce développement.

Par ailleurs, la CNAV n'a pas intégré dans sa stratégie une évolution de son réseau de caisses. En effet, l'absence de projet sur le devenir des CRAM, alors même que les missions de celles-ci et leur rattachement à la fois à la branche retraite et à la branche maladie posent de très longue date un problème manifeste, est frappante, même si le sujet est, il est vrai, difficile. Face à la perspective de départs en retraite plus nombreux et à celle d'une charge de travail nettement accrue à partir de 2006, la CNAV n'a pas établi de recommandation générale explicite¹¹³ quant à l'utilisation des départs anticipés en fixant des objectifs ou normes de taux de remplacement des départs ou l'évolution des profils-types de qualification dans les diverses fonctions du réseau.

113. L'encadrement budgétaire a cependant conduit la CNAV à fixer une norme implicite de non remplacement d'un tiers des départs en retraite.

Dans la branche famille, le constat qu'en 2002 le coût par allocataire des 22 CAF gérant plus de 100 000 allocataires (hors région parisienne) est d'environ 20 % inférieur à celui des 22 CAF gérant moins de 30 000 allocataires n'a conduit la CNAF ni à promouvoir une évolution du nombre de caisses, en renforçant l'échelon départemental pour tenir compte du rôle désormais majeur des conseils généraux en matière d'action sociale, ni même à engager résolument une forte mutualisation. De même, c'est en 2002 que la CNAF a engagé ses premières réflexions sur les besoins à moyen terme de la branche en ce qui concerne tant le nombre d'emplois que les qualifications recherchées. Le postulat de base semble être le maintien du niveau actuel des effectifs¹¹⁴.

On peut également remarquer que, lorsque certains axes stratégiques sont formulés dans les COG de l'ensemble des branches, ils le sont parfois sans qu'existe d'analyse préalable complète des besoins réels.

Ainsi, la politique de proximité était certainement nécessaire mais elle a été retenue sans que des études aient permis d'apprécier ni l'étendue et la nature précise du besoin d'accueil, ni la meilleure manière de répondre à ces attentes (téléphone, accueil physique...).

Ceci contribue à expliquer que les stratégies retenues ne soient pas toujours accompagnées de directives précises sur leur mise en œuvre : aucune n'a par exemple été donnée sur les critères de choix des implantations déconcentrées ni sur le type d'accueil à privilégier.

Certaines de ces lacunes seront analysées plus en détail, avec leurs conséquences, dans les chapitres suivants. Les illustrations qui précèdent montrent cependant l'incapacité des caisses nationales à définir des stratégies de gestion sur des points importants.

Elles doivent d'autant plus être relevées que l'Etat n'a lui-même qu'une faible capacité à définir des objectifs stratégiques dans ces domaines.

2 – Une faible intervention de l'Etat dans la définition des objectifs stratégiques

La COG est, pour l'Etat, un document important puisqu'il rassemble en principe les objectifs essentiels pour les pouvoirs publics. Dans les faits, il apparaît que le rôle de l'Etat est relativement réduit.

114. Ce postulat apparaît expressément dans une note du comité de programme et de concertation de la branche du 23 octobre 2000.

Les deux administrations de tutelle, direction de la sécurité sociale et direction du budget, ne disposent en effet que d'une expertise limitée par rapport à celle d'une caisse nationale et de son réseau. Elles doivent en outre préparer et suivre les COG avec non seulement les branches du régime général mais aussi les régimes de non salariés. Dans la très grande majorité des cas, elles ne sont pas en mesure de proposer par elles-mêmes des objectifs précis, de les faire prévaloir lorsqu'une caisse nationale y est opposée, voire de sélectionner les objectifs et indicateurs qui leur sont proposés.

Par exemple, dans la négociation de la dernière convention de la branche retraite, le point qui a le plus retenu l'attention des tutelles, a été le principe de l'anticipation des recrutements nécessaires à l'accroissement des charges de travail induites par l'arrivée à l'âge de la retraite des générations d'après-guerre, au moment où la branche va elle-même connaître des départs en retraite plus nombreux. La décision d'anticiper les recrutements a été le point d'arbitrage important. En revanche, dès lors que le principe en a été acté, les tutelles ont accepté le nombre de recrutements demandé par la CNAV.

Pour la même COG, les propositions de la branche pour le choix des indicateurs n'ont subi que de légers ajustements. Les tutelles, bien qu'estimant ces indicateurs trop nombreux, n'ont écarté de la liste des indicateurs principaux que ceux relatifs aux délais de décision de la commission de recours amiable ; aucune discussion n'a eu lieu sur les indicateurs de productivité.

De même, dans la négociation avec la CNAM, l'Etat n'a pas cherché à mettre la branche maladie sous tension budgétaire, alors qu'elle représente une part déterminante de l'ensemble des dépenses de gestion de la sécurité sociale et que la sous consommation des crédits y était de longue date particulièrement manifeste, ôtant toute signification à l'encadrement budgétaire de la branche et des caisses.

La forme actuelle des conventions qui comportent au total 350 indicateurs limite encore plus la capacité d'examen des tutelles. L'orientation envisagée par celles-ci de limiter fortement le nombre des indicateurs dans les prochaines COG répond à cet égard à une nécessité.

On peut cependant se demander s'il ne conviendrait pas d'aller plus loin et de distinguer deux documents. Le premier serait un projet de branche, éventuellement détaillé, qui ne se limiterait pas aux objectifs dont l'Etat souhaite assurer le respect. Le deuxième serait la convention elle-même, soit un document beaucoup plus bref et limité aux véritables enjeux stratégiques relevant de la responsabilité de l'Etat.

En l'état actuel des COG, les tutelles sont aussi en position de faiblesse au moment de l'évaluation. A la fin des premières COG, le ministre des affaires sociales avait demandé à ses services déconcentrés une évaluation, en vue d'une synthèse nationale. Cependant, ces travaux n'ont pu être que partiels, et, par exemple, la première synthèse sur l'évaluation de la COG 1998-2000 de la branche retraite privilégiait les seuls indicateurs relatifs à la politique de proximité et à la qualité de service, sans mentionner la problématique de la productivité. Les rapports demandés pour l'évaluation de la COG actuelle sont plus précis, mais l'analyse par les services déconcentrés rencontre des difficultés analogues à celles de l'échelon central.

II - Les moyens de pilotage des réseaux

Les moyens de pilotage dont les têtes de réseaux disposent vis-à-vis des organismes de base ont été progressivement à la fois affermis et diversifiés. Ils comportent désormais à la fois des pouvoirs juridiques, l'établissement de contrats pluriannuels de gestion, des mécanismes d'intéressement des caisses et des salariés eux-mêmes aux résultats et l'encadrement des budgets des caisses. Ces différents moyens demeurent cependant insuffisants.

A – Les pouvoirs juridiques des têtes de réseau

La gestion administrative des caisses locales comporte principalement trois aspects : la gestion du personnel, l'informatique et l'immobilier.

Dans le premier domaine, les textes ne reconnaissent pas de compétences aux caisses nationales et à l'ACOSS, alors que les dépenses de personnel représentent une part déterminante du total des dépenses et que la gestion des ressources humaines est fondamentale dans les organisations de ce type. Cette question sera examinée au chapitre VIII.

Le seul pouvoir juridique dont disposent en ce domaine les têtes de réseaux concerne la nomination des directeurs et des agents comptables des organismes de base. Pour chaque nomination de ce type, le directeur de l'organisme national concerné propose au conseil d'administration de l'organisme régional ou local une liste de trois noms¹¹⁵. Le conseil

115. Etablie après avis d'un comité des carrières, commun aux différentes branches.

d'administration choisit sur cette liste le candidat dont il propose la nomination au directeur de l'organisme national qui procède à la nomination.

Cette prérogative conférée en 1996 aux directeurs des caisses nationales et de l'ACOSS est à l'évidence importante pour leur capacité à piloter les branches. Son maniement est toutefois délicat et certains directeurs des établissements têtes de réseau considèrent que, sauf à risquer de provoquer un conflit difficile avec les conseils d'administration des organismes locaux, ils doivent inclure dans la liste de trois noms le candidat dont ils savent qu'il a la préférence du conseil. Leur pouvoir théorique est alors sans effet pratique.

C'est en fait seulement dans les domaines de l'informatique et de l'immobilier que les établissements têtes de réseau ont un pouvoir important.

Dans le premier, ils établissent et mettent en œuvre les schémas directeurs de l'informatique, ce qui a un effet majeur sur les caisses et sur l'articulation d'ensemble du réseau. Ils contrôlent la compatibilité de l'informatique locale avec ces schémas. La mise au point des applications informatiques nationales est un moyen d'action important sur le réseau, les grands applicatifs étant fortement structurants et ayant un impact important sur les modes d'organisation et de fonctionnement.

Dans le second domaine, les caisses nationales et l'ACOSS contrôlent les opérations immobilières des caisses et la gestion de leur patrimoine immobilier.

Encore faut-il noter que les caisses nationales n'exercent pas toujours les pouvoirs réduits dont elles disposent. Ainsi, c'est seulement en 2002 que la CNAV a fixé les conditions de création des agences retraites en prévoyant notamment qu'une étude d'opportunité devrait être produite.

B – Les contrats pluriannuels de gestion

Un article introduit dans le code de la sécurité sociale par l'ordonnance du 24 avril 1996 prévoit que la mise en œuvre des COG fait l'objet de contrats pluriannuels de gestion (CPG) entre chaque organisme national et chacun des organismes régionaux ou locaux de sa branche. L'objet de cette procédure est à la fois de permettre la mise en œuvre des COG, d'inciter les caisses de base à se mobiliser sur un certain nombre d'objectifs et de compenser, par un processus contractuel, la relative faiblesse des pouvoirs des organismes nationaux.

L'élaboration et la mise en œuvre des CPG obligent les organismes à formaliser les procédures de définition des objectifs et de suivi des résultats. Elles les ont ainsi incité à améliorer leurs modes de management. En revanche, comme pour les COG, la mise en œuvre de ce nouveau mécanisme rencontre diverses limites.

1 – Une portée limitée

Le grand nombre des organismes fait aussi que les contrats peuvent difficilement tenir compte de la situation particulière de chaque organisme de base : les premiers CPG des caisses primaires d'assurance maladie ont été ressentis comme des contrats d'adhésion, en conséquence peu mobilisateurs.

Les têtes de réseaux s'efforcent certes que la discussion de ces nombreux CPG soit précédée d'une évaluation de la situation de chacune des caisses. Ainsi, la CNAF, dans le cadre de sa seconde COG, a procédé à 72 évaluations à fin 2002 et 100 à fin 2003. L'ensemble des CAF aura été évalué fin 2004. Dans la branche recouvrement, les seconds CPG ont été précédés par un autodiagnostic des URSSAF.

Il est cependant difficile pour la tête de réseau d'avoir sur chaque organisme de base un diagnostic suffisamment approfondi et actualisé pour pouvoir mener avec lui en toute connaissance de cause une discussion individualisée.

En outre, les indicateurs régionaux retenus par les CPG ne constituent pas toujours des instruments de pilotage : toutes les CRAM ou presque atteignaient fin 2002 les objectifs fixés dans les CPG avec la CNAV. Par ailleurs, les indicateurs portant sur la productivité et sur la mise en œuvre du réseau de proximité variaient nettement d'une CRAM à l'autre. Qu'ils aient été respectés dans chaque cas semble montrer qu'ils ont été construits sur mesure pour permettre à la très grande majorité des organismes de les atteindre sans peine.

Dans la branche recouvrement, les engagements souscrits dans les seconds contrats sont plus homogènes que ceux souscrits dans les premiers. En revanche, d'une part, ils ne concernent pas la productivité, d'autre part, pratiquement aucun engagement n'est chiffré, à l'exception de la baisse d'un tiers du taux de restes à recouvrer sur les ETI.

Au total, les CPG ont plus été jusqu'ici un élément d'animation du réseau, incitant à des discussions accrues entre les têtes de réseau et les organismes de base, qu'un réel outil de pilotage.

L'enquête menée par la Cour confirme le diagnostic qu'elle avait formulé dès 2000, c'est-à-dire qu'il « est illusoire, pour les branches et les régimes dont le réseau est important de prétendre conclure des contrats personnalisés avec l'ensemble des organismes ».

2 – Une signature tardive

Le calendrier des CPG devrait coïncider avec celui des COG mais en réalité les CPG ont été signés avec un grand retard.

Pour les CPAM, alors que la première COG de la branche maladie avait été signée au printemps 1997, la signature des CPG ne s'est achevée que début 1999. Dans la branche recouvrement où la COG avait été signée en avril 1998, les dernières signatures de CPG sont intervenues fin 1999. Dans les deux cas, les derniers CPG n'ont donc été conclus qu'à mi-parcours de la COG.

La situation ne s'est guère améliorée pour les CPG conclus dans le cadre des secondes COG : dans la branche maladie, la plupart ont été signés au printemps 2001 alors que la COG porte sur la période 2000-2003. Dans la branche famille, dont la COG démarrait en 2001, l'essentiel des CPG était signé fin juin 2002 mais certains contrats ne sont intervenus qu'au deuxième semestre 2002.

Ces retards enlèvent une large part de sa portée à la fixation d'objectifs. Ils tiennent certes en partie à la nouveauté du processus mais aussi à sa lourdeur. Le nombre élevé d'organismes dans les branches maladie, famille et recouvrement rend peu vraisemblable qu'un tel nombre de contrats puisse être négocié et finalisé dans un laps de temps très bref. Appliquée à un réseau de plus de 100 organismes, une procédure de contractualisation ne peut qu'engorger la tête de réseau, ne serait-ce que par les tâches administrative qu'elle nécessite.

C – Les mécanismes d'intéressement

Dans la période récente, les instruments juridiques dont disposent les organismes nationaux ont été complétés par des moyens d'incitation financière, d'une part sur les caisses locales, d'autre part vis-à-vis des salariés eux-mêmes.

Les modalités retenues pour ces mécanismes et la manière dont ils ont été mis en œuvre restreignent cependant très fortement leur apport au pilotage des branches.

1 – L'intéressement des caisses

Dès les premières COG et selon des modalités voisines d'une branche à l'autre, un dispositif d'intéressement collectif des caisses aux résultats atteints par la branche à laquelle ils appartiennent a été mis en place : les caisses peuvent reporter une partie des crédits de fonctionnement non consommés dès lors qu'elles atteignent une part suffisante des objectifs fixés au plan national.

En fait ce système, intéressant dans son principe, contribue faiblement au pilotage des branches et, a fortiori, à la réduction de leurs coûts.

Dans la branche retraite par exemple, toutes les CRAM sauf trois remplissaient dès la deuxième année de la COG, les conditions nécessaires pour bénéficier du système¹¹⁶. Globalement, la plupart des CRAM les dépassaient¹¹⁷. Ce constat montre que les objectifs avaient été fixés trop bas pour que le mécanisme soit réellement incitatif.

Il en est de même dans la branche recouvrement, où 42 % du total des crédits non consommés sont reportables sans condition. Seule une part beaucoup plus faible -28 %- ne peut être reportée que par les organismes ayant atteint ou dépassé les objectifs fixés dans le cadre de la contractualisation.

Ce constat vaut aussi pour la branche maladie, dont les caisses primaires bénéficient d'un report automatique de 70 % des crédits non consommés l'année N sur l'année N+1, les 30 % restant étant au surplus remontés au plan national pour être en partie redistribués aux caisses qui auraient des difficultés particulières.

2 – L'intéressement des salariés

L'intéressement des salariés, mis en place dans toutes les branches du régime général en 2002, était présenté comme « un élément de rétribution supplémentaire qui traduit la prise en compte des performances réalisées par chaque branche du régime général et chaque organisme... les indicateurs de performance [étant] retenus à partir des COG ». Ses critères de déclenchement étant liés à la réalisation des

116. Les caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer n'ont pas été incluses dans l'étude.

117. Le report des crédits non consommés, dans une limite de 50 %, était conditionné à la réalisation de 75 % des objectifs fixés au niveau national. Le taux de réalisation était fin 2002 de 85 % pour l'ensemble des CRAM.

engagements pris par la branche considérée et par les organismes de base, il aurait pu constituer un outil d'incitation pour atteindre les objectifs stratégiques des branches.

En réalité, le lien entre l'intéressement et les résultats des branches s'est révélé particulièrement lâche (voir infra, chapitre VIII). Il est en effet accordé principalement en fonction de résultats nationaux, en outre faciles à atteindre. Aucun des indicateurs de référence ne porte sur la réduction des coûts dans les organismes de base. La prime versée n'est que très faiblement modulée. En définitive, l'intéressement peut être accordé même si l'organisme a des coûts parmi les plus élevés de la branche à laquelle il appartient. Cet outil de pilotage des réseaux n'a donc pas réellement pu remplir la fonction à laquelle il était destiné.

D – La diffusion de bonnes pratiques

Un moyen de pilotage peut être, pour la tête de réseau, de détecter et diffuser les meilleures pratiques, de manière à inciter les organismes de base à les mettre en œuvre et à accroître ainsi leurs performances. Cette méthode peut contribuer à la fois à optimiser les organisations et les processus de production et à améliorer la cohérence du réseau. La COG de la branche famille met l'accent sur le rôle à mener en ce sens par la CNAF.

De même, la tête de réseau peut viser à apporter un soutien méthodologique et pratique. La COG de la branche famille met aussi l'accent sur ce point : elle a prévu que la CNAF mettrait en place un « pôle national métier » ayant pour vocation de mettre à la disposition des organismes des éléments d'analyse et de prospective sur l'évolution des métiers et des organisations.

Ce mode d'animation et de pilotage demeure en réalité assez peu développé. Dans la branche famille elle-même et bien que la CNAF mette l'accent sur la qualité de service, elle n'a pas fixé de normes de qualité plus précises, par exemple sur les modalités de l'accueil physique ou sur celles de l'information générale que les caisses doivent diffuser trois fois par an à l'ensemble des allocataires. Fréquemment, les CAF utilisent la formule d'une revue qui n'est pas nécessairement la plus adaptée, en particulier aux publics défavorisés. Le pôle national métier a été créé mais n'a travaillé jusqu'ici que sur la formation initiale des techniciens.

La diffusion de bonnes pratiques a cependant été mise en œuvre pour l'accueil téléphonique, où le réseau enregistrait ses performances les plus faibles en matière de qualité de service. Pour ce qui concerne la production, la diversité des organisations fonctionnelles retenues par les

caisses reflète l'absence de doctrine nationale quant aux choix fondamentaux dans ce domaine. Aucun document de référence n'a été établi sur ce point par la caisse nationale. Il en est de même dans les autres branches.

E – L'encadrement budgétaire

Les limites de leurs pouvoirs juridiques et celles des nouveaux outils de pilotage, qu'il s'agisse de la contractualisation, des diverses formes d'intéressement ou de la diffusion de bonnes pratiques, sembleraient devoir inciter les caisses nationales à utiliser davantage le moyen plus traditionnel et global que constitue la fixation de l'enveloppe budgétaire de chaque caisse.

De même le souci d'équilibre des comptes sociaux et les limites de sa capacité à formuler des objectifs précis pour les branches au moment de la négociation des COG devraient inciter l'Etat à un encadrement budgétaire suffisamment strict pour obtenir des caisses locales des progrès de productivité et une diminution des coûts. Ce devrait être pour lui un instrument majeur de pilotage.

Les textes confient aux caisses nationales et à l'ACOSS en ce domaine un pouvoir fort vis-à-vis de leurs réseaux. Le code de la sécurité sociale les charge en effet, depuis 1994, d'assurer le financement des dépenses budgétaires, de répartir les dotations nécessaires au financement de ces dépenses et d'approuver les budgets établis par les organismes locaux.

Pendant, d'une part, les branches et les organismes ont disposé jusqu'ici d'une aisance financière non négligeable qui les dispensait de rechercher des gains de productivité et la diminution des coûts, d'autre part, la répartition de l'enveloppe globale entre les organismes d'une même branche n'est pas totalement satisfaisante et ne permet pas un pilotage budgétaire pleinement approprié.

1 – Une aisance financière globale

Des modalités nouvelles de cadrage budgétaire ont été instituées pour la deuxième génération des COG. Les caisses nationales doivent contenir leurs dépenses à l'intérieur d'enveloppes fermées, arrêtées dans les annexes budgétaires des COG. En contrepartie de cette contrainte, des souplesses de gestion substantielles leur sont accordées : l'enveloppe est globale, fongible et reportable pendant la durée de la COG ; le contrôle

des emplois est supprimé, ainsi que l'approbation a priori des budgets ; des mécanismes d'intéressement sont mis en œuvre.

En pratique, la force de la contrainte dépend de la méthode de calcul retenue pour fixer les enveloppes budgétaires des COG. Or, ce calcul repose en partie sur une évaluation de la consommation budgétaire pendant la dernière année de la convention précédente qui a tendance à être plus élevée que celle des années précédentes. En effet, les caisses cherchent à consommer les reports de crédits des années précédentes, qu'elles ne peuvent utiliser que pendant la durée d'une seule COG. Cette méthode de calcul devrait donc être reconsidérée, car elle conduit à une aisance financière globale des budgets de gestion des branches.

En outre, des avenants peuvent être conclus pour tenir compte d'évènements ayant un impact significatif sur les dépenses de gestion du régime général, comme cela a été le cas s'agissant de l'ARTT.

Ainsi la période des premières COG a été marquée pour la plupart des caisses, par une absence de contrainte budgétaire. Dans son rapport de 1999 sur la sécurité sociale, la Cour a relevé le surdimensionnement du budget de la branche maladie, privant de toute signification l'encadrement budgétaire. Elle a renouvelé cette remarque dans son rapport de 2000 en l'étendant à d'autres branches. Dans la branche recouvrement par exemple, les budgets n'ont été consommés qu'à 93,9 % en moyenne pendant les quatre années 1998 à 2001.

Un réajustement des dotations budgétaires a été effectué dans les secondes COG mais il est demeuré limité. Dans la branche maladie, la sous-consommation des crédits est réapparue dès la première année. Cette sous-consommation ne correspond pas seulement à une situation normale en début de COG, mais constitue aussi un indice d'aisance financière.

Cette aisance financière se retrouve dans les organismes de base, qui, en outre, bénéficient du mécanisme de reports décrit plus haut.

2 – Une répartition critiquable des moyens entre caisses locales

La répartition des moyens budgétaires entre les caisses locales a suivi des procédures n'incitant pas à des efforts de productivité.

Dans la branche recouvrement, les URSSAF dont le coût du « point activité » dépasse de plus de 5 % le coût moyen de ce point voient en principe leur allocation budgétaire réduite. Cependant, pour 2002, seules 10 des 25 unions qui étaient dans ce cas se sont vu appliquer une régulation conforme aux règles établies et quatre une régulation atténuée. Parmi les organismes exemptés figurent les trois URSSAF les plus

importantes après Paris. Il n'est guère surprenant que les écarts de coût entre URSSAF ne se soient que peu réduits dans la mesure où le levier de la tension budgétaire n'a pas été suffisamment utilisé.

Dans la même branche, pour les organismes dont le coût du point activité n'excède pas de plus de 5 % le coût moyen, ce sont les autorisations de dépenses de l'année N-1, actualisées en fonction de coefficients directeurs qui servent de base au calcul des dotations de l'année N. Les URSSAF n'ont donc aucun intérêt à réduire leurs dépenses et par conséquent à réaliser des gains de productivité. Elles ont même intérêt à dépenser toute leur enveloppe. La révision de la méthode d'allocation des moyens aux organismes qui aurait dû être mise en application progressive à partir de 1999 selon la première COG ne l'a pas été. Elle a été prévue dans la seconde convention sans, cette fois, de calendrier précis.

La CNAM définit, à l'occasion des CPG, les enveloppes budgétaires sur la base d'un indicateur, le coût du bénéficiaire actif pondéré (BAP), complété par un second, mesurant la qualité du service et du respect des objectifs de qualité retenus par les CPG. Calculé pour l'essentiel en fonction du nombre de bénéficiaires et de leur consommation de soins, le coût du BAP est censé mesurer la performance de chaque caisse et permettre de fixer des objectifs individualisés aux caisses pour que les plus chères d'entre elles rattrapent les moins chères.

Cet indicateur soulève de nombreuses questions méthodologiques et a été atténué : les petites caisses bénéficient d'un abattement forfaitaire pour compenser l'impact de frais de structures plus élevés en valeur relative ; les caisses de grandes villes ont elles-mêmes obtenu ensuite un abattement pour tenir compte des surcoûts liés aux prix immobiliers et à l'impact des frais de transport dans ces villes. Ces accommodements affectent la rationalité de la répartition des moyens budgétaires.

Dans la branche retraite, des emplois supplémentaires ont été attribués par la COG pour anticiper les recrutements rendus nécessaires par l'accélération à venir des départs en retraite. La CNAV qui souhaitait au départ utiliser ces emplois comme un levier de redéploiement entre caisses s'en est tenue en définitive à des ajustements marginaux.

Au total, il devrait être considéré comme primordial, au moment où les départs en retraite commencent à se faire plus nombreux, de resserrer la contrainte budgétaire, seul moyen pour que les gains de productivité potentiels soient réellement dégagés et favorisent une diminution des coûts. Les méthodes de programmation budgétaire pluriannuelle et de répartition de l'enveloppe entre les organismes doivent être reconsidérées.

III - L'organisation des caisses nationales

Les limites constatées dans le pilotage des branches tiennent en partie à des insuffisances dans l'organisation des têtes de réseaux et dans les outils d'analyse des organismes de base qu'elles mettent en œuvre.

A – Les insuffisances dans l'organigramme des têtes de réseau

Dans les dernières années, les organismes têtes de réseau ont amélioré leur organisation de manière à pouvoir mieux assurer le pilotage de leur réseau. Des insuffisances demeurent cependant.

Il en est ainsi en matière de gestion des ressources humaines, dans les branches famille et maladie. Le département des relations humaines de la direction de l'animation du réseau de la CNAF n'assure ni la gestion prévisionnelle des effectifs, ni la gestion du personnel de la caisse nationale. De même, la direction des ressources humaines mise en place fin 2003 par la branche maladie n'est compétente que pour les caisses locales : les personnels qui sont rattachés à la caisse nationale (y compris les centres informatiques et le service du contrôle médical) sont gérés par une autre DRH, celle de l'établissement public.

En matière de pilotage des systèmes informatiques, des progrès ont été réalisés par la CNAM pour organiser une fonction de maîtrise d'ouvrage. En revanche, le rôle du comité stratégique du système d'information des branches n'est pas encore totalement entré dans les faits. La prise des décisions en matière informatique relève à la fois du secrétariat général pour la caisse nationale et de la direction des services informatiques pour le réseau.

Pour l'ACOSS, la première convention d'objectifs et de gestion prévoyait une réorganisation pour améliorer l'exercice de la mission de pilotage du réseau. La Cour avait également souhaité une telle réorganisation et qu'elle soit l'occasion d'une simplification des structures. En fait, cet objectif n'a guère été rempli : le nombre de directions n'a été ramené que de 13 à 12, celui des entités fonctionnelles de 104 à 103. A l'ACOSS également, le conseil stratégique des systèmes d'information du recouvrement est tombé en désuétude et la nouvelle instance stratégique qui avait été envisagée n'a pas été mise en place.

Des progrès restent donc à accomplir pour mieux organiser dans les caisses nationales, notamment à la CNAM, à la CNAF et à l'ACOSS, des fonctions essentielles au pilotage d'ensemble des réseaux.

B – Les outils d’analyse pour le pilotage des réseaux

L’enquête de la Cour a fait apparaître, malgré d’importants progrès, des insuffisances variables selon les branches.

1 – Les progrès accomplis

Les caisses nationales ont commencé à mettre en place des systèmes élaborés d’indicateurs ou de tableaux de bord, au-delà des seuls indicateurs prévus par les COG et les CPG

En particulier, la CNAF a mis en place un « recueil national des données des CAF », opérationnel depuis 2003 qui donnera à terme 250 indicateurs définis précisément dans un référentiel et concernant aussi bien l’activité que les moyens budgétaires, la gestion des ressources humaines, les coûts de gestion, les délais de traitement et les contrôles. Les CAF disposent aussi, depuis mars 2004, d’un tableau de bord reprenant une dizaine de ces indicateurs, mais à un niveau plus fin, facilitant le suivi des activités au niveau local et créant les bases d’un véritable outil standardisé de pilotage de la production.

La CNAV met à la disposition des CRAM des tableaux de bord paramétrables destinés à la prise de décision et prenant en compte le suivi des objectifs nationaux et régionaux. Ce système permet un suivi mensuel informatisé de tous les indicateurs par chaque caisse et au niveau national.

Outre les 56 indicateurs prévus dans sa COG, l’ACOSS en suit 81 autres et a engagé fin 2003 une réflexion pour assurer la cohérence de cet ensemble, rationaliser et harmoniser les travaux de production et d’analyse des indicateurs.

2 – Des insuffisances persistantes

Dans la branche recouvrement, la mise en place d’une comptabilité analytique a subi d’importants retards et est désormais envisagée pour 2005. Aucune centralisation des engagements pris par les URSSAF dans les secondes COG n’existait encore début 2004. Le suivi des effectifs par l’ACOSS est entaché d’incertitudes et l’agence ne dispose pas d’un tableau de bord synthétique sur la démographie prévisionnelle de la branche, alors que les informations établies par chaque organisme permettraient de le constituer. Malgré le nombre particulièrement élevé des indicateurs, aucun ne permet d’évaluer et de comparer de façon objective les résultats des URSSAF en matière de recouvrement. Les

outils de suivi quantitatif des autorisations de versement des cotisations en lieu unique sont défaillants.

Dans la branche retraite, les indicateurs de productivité ne sont pas toujours suffisamment ambitieux.

Il n'existe pas d'indicateurs significatifs de productivité pour des segments importants de l'activité, notamment pour l'action sociale de la branche famille et pour le service du contrôle médical de l'assurance maladie.

Dans les diverses branches, il n'existe pas d'outil permettant d'analyser réellement le coût de la gestion des prestations et du recouvrement ni en fonction de la taille des organismes de base, ni selon que le travail est organisé sur la base d'un principe de polyvalence ou au contraire de spécialisation du personnel. L'impact de la décentralisation de l'accueil et de la gestion du courrier sur la productivité et sur les coûts demeure peu étudié. Globalement, les conséquences des différentes formes d'organisation sur les coûts restent peu évaluées.

—SYNTHÈSE—

Beaucoup d'objectifs que s'étaient fixées les branches du régime général ces dernières années ont été atteints. La politique de proximité, l'accélération des délais de remboursement des soins par la branche maladie, celle des délais de calcul des retraites, l'amélioration de la qualité de service et notamment celle de l'accueil téléphonique et de l'accueil physique dans toutes les branches montrent que les orientations stratégiques dégagées par les branches et inscrites dans les conventions d'objectifs et de gestion se sont assez largement traduites dans les faits.

En revanche, l'orientation même de ces stratégies doit être fortement rééquilibrée et ce devrait être l'objet essentiel des prochaines COG. Elle a en effet été insuffisamment tournée vers les gains de productivité, la baisse des coûts unitaires, la recherche d'un alignement des coûts de l'ensemble des caisses vers ceux des organismes les moins chers et la systématisation des modes d'organisation les plus efficaces.

Dans ces domaines, les outils de pilotage et l'organisation des établissements têtes de réseaux doivent être fortement améliorés dans toutes les branches même si l'insuffisance du pilotage est plus marquée dans la branche recouvrement où le rôle de la tête de réseau a été reconnu plus tardivement.

Au-delà de l'amélioration nécessaire de leur propre organisation et des outils qu'elles ont mis en place, le pilotage des réseaux par les caisses

nationales est handicapé, sauf dans la branche retraite, par le grand nombre des organismes de chaque réseau. Le sujet de l'organisation territoriale est, notamment pour cette raison, étudié de manière détaillée dans les chapitres VII et X.

Le système des COG et des CPG est un outil très important mais il doit être recentré sur les objectifs stratégiques de chaque branche.

La démarche contractuelle, si elle est indispensable, ne saurait pour autant être considérée comme suffisante. Compte tenu de l'ampleur des déficits sociaux, la contrainte budgétaire doit être affirmée et resserrée pour inciter davantage à réduire les coûts et à rationaliser les organisations.

Pour souhaitable qu'il soit, l'accroissement des pouvoirs des établissements nationaux sur les organismes de leur réseau ne serait pas suffisant. L'augmentation de leur capacité stratégique, la diminution du nombre d'organismes, un cadre budgétaire plus strict, une meilleure organisation des caisses nationales elles-mêmes et, de la part de l'Etat, une vue stratégique plus claire, sont tout aussi nécessaires au progrès dans la définition des stratégies et dans le pilotage.

RECOMMANDATIONS

20. Rééquilibrer le contenu de la prochaine génération de conventions d'objectifs et de gestion, pour faire de la réorganisation du réseau, de la productivité et de la baisse des coûts des objectifs majeurs.

21. Restructurer le système des conventions d'objectifs et de gestion, en les recentrant sur un petit nombre d'objectifs, véritablement stratégiques pour l'Etat, assortis d'un nombre restreint d'indicateurs en les signant avant le début de leur période d'application en allongeant cette dernière à cinq ans.

22. Pour les contrats pluriannuels de gestion, en l'état actuel du nombre d'organismes, distinguer deux volets : l'un, homogène pour l'ensemble des organismes de la branche, déclinant les objectifs de la convention d'objectifs et de gestion obligatoirement assortis d'indicateurs de résultats ; l'autre, plus personnalisé et fondé, pour les catégories de caisses les moins performantes ou les plus importantes, sur un diagnostic approfondi.