

Chapitre VII

L'organisation territoriale et fonctionnelle des branches

PRESENTATION

L'organisation territoriale du régime général n'a pratiquement pas évolué depuis sa création en 1945, hormis l'éclatement des caisses d'assurance maladie et d'allocations familiales de la région parisienne qui a accompagné celle du département de la Seine. L'objectif, fixé à l'époque, d'une caisse par département et d'un site unique dans la ville chef-lieu de préfecture, n'a été que très partiellement atteint et les réseaux ont, sauf quelques rares exceptions, subsisté tels qu'ils étaient antérieurement. Toutefois, ce qui est vrai pour les organismes juridiquement autonomes -la caisse de base en tant que personne morale dotée d'un conseil d'administration- ne l'est pas des diverses implantations où les publics sont accueillis, qui se sont multipliés ces dernières années, ni des dispositifs de coopération et de mutualisation mis en œuvre par les caisses.

I - Une géographie des organismes de base historiquement figée

A l'exception de la branche vieillesse, organisée sur une base régionale, les branches maladie, famille et recouvrement du régime général¹¹⁸ sont organisées sur une base départementale ou infra-départementale. La branche recouvrement présente toutefois une particularité avec le maintien de l'URSSAF Paris-région parisienne qui regroupe sept des huit départements de la région Ile-de-France. L'organisation départementale est majoritaire, mais de nombreux départements connaissent une pluralité de caisses : huit départements¹¹⁹ disposent chacun de deux CPAM, de deux CAF et de deux URSSAF. Dans trois départements il en existe plus de deux : la Seine-Maritime a quatre CPAM, quatre CAF et trois URSSAF, le Pas-de-Calais quatre CPAM, deux CAF et deux URSSAF, enfin le Nord a neuf CPAM, huit CAF et quatre URSSAF. En outre, trois départements ont à la fois deux CPAM et deux CAF (Aisne, Oise et Ardèche) ; enfin, cinq départements ont chacun plusieurs CPAM, trois dans la Moselle et le Bas-Rhin et deux en Loire-Atlantique, Meurthe-et-Moselle et dans le Haut-Rhin. Le plus souvent, les organismes infra-départementaux des différentes branches sont implantés dans les mêmes agglomérations.

118. La branche AT-MP n'est pas traitée ici en tant que telle.

119. Doubs, Finistère, Hérault, Isère, Loire, Maine-et-Loire, Pyrénées-Atlantiques, Rhône.

Structure des organismes de base

	Total	National ou Régional	Départementaux	Infra- départementaux	
				Total	Nombre de départements
Maladie	128*	0	77	51	19
Famille	123	1**	86	36	14
Recouvrement	103*	1	79	25	11
Retraite	16*	16	néant	néant	néant

Source : Caisses nationales et ACOSS

* S'y ajoutent les quatre CGSS des départements d'outre mer qui regroupent en une même entité maladie, recouvrement et retraite.

** Caisse maritime d'allocations familiales de La Rochelle à compétence nationale.

Les départements d'outre-mer (Réunion, Martinique, Guadeloupe et Guyane) présentent une particularité : les organismes y sont tous départementaux mais les trois branches maladie, vieillesse et recouvrement sont regroupées avec le régime agricole au sein d'une seule et même caisse, la caisse générale de sécurité sociale (CGSS) tandis que la branche famille dispose de sa propre caisse locale.

A – Une dispersion très grande

Si l'ordonnance du 4 octobre 1945 avait prévu un système unifié de sécurité sociale, celui-ci s'appuyait sur des organismes de base juridiquement indépendants. La volonté des acteurs de la branche famille de conserver l'autonomie de leur branche et l'implantation des anciennes caisses de compensation a joué alors un rôle majeur dans cette structuration. Les bassins industriels et les conditions de transport de l'époque pouvaient justifier cette continuité avec l'organisation qui préexistait à la création de la sécurité sociale. Mais, comme dans d'autres domaines de la vie administrative, cette organisation s'est figée et n'a suivi ni les évolutions socio-économiques ni les migrations de population. Le résultat aujourd'hui est une très grande dispersion des populations d'assurés sociaux et de cotisants gérés par les organismes de base, et ce dans toutes les branches.

Quelles que soient les branches considérées, la répartition par taille des organismes de base est très semblable. Les 5 % des plus gros organismes représentent 17 % des assurés des CPAM comme des

allocataires des CAF et 27 % des comptes cotisants des URSSAF. Au sein de ce groupe qui comporte les plus gros organismes, la dispersion¹²⁰ apparaît inégale selon les branches, faible pour les CPAM et les CAF (1,6 et 1,7) plus marquée dans la branche recouvrement. L'URSSAF de Paris-région-parisienne du fait de sa compétence régionale, gère, en effet, près de dix fois plus de comptes que celle de Nantes qui se classe au cinquième rang, le nombre de comptes relevant du seul département de Paris représentant à lui seul plus de quatre fois l'URSSAF de Nantes¹²¹.

Les 5 % des organismes les plus importants de trois branches

	CPAM	CAF	URSSAF
Nombre d'organismes de base	6	6	5
Premier de la tranche	Paris (1 650 000)	Marseille (377 490)	Paris-RP (973 000)
Dernier de la tranche	Lyon (1 070 000)	Nanterre (219 250)	Nantes (100 330)
% du nombre total de bénéficiaires ou de comptes	17 %	17 %	27 %

Source : Régime général, Cour des comptes

Si on divise les 95 % d'organismes restants en quatre classes ayant un nombre égal d'organismes, le tableau ci-dessous montre qu'entre l'organisme le plus important du premier quartile et le moins important du dernier quartile, l'écart est de 1 à 22 pour les CPAM, de 1 à 20 pour les CAF et de un à huit pour les URSSAF¹²².

120. Mesurée par le ratio entre le premier et de dernier organisme d'une tranche donnée.

121. La direction départementale régionale de Paris gère 421 370 comptes, celle des Yvelines 100 352, de l'Essonne, 78 230, des Hauts-de-Seine 134 600, de Seine-Saint-Denis 87 617, du Val-de-Marne 92 552 et du Val-d'Oise 6 317.

122. Il est de 1 à 13 si on prend les directions départementales de l'URSSAF de Paris au lieu de l'URSSAF elle-même, l'organisme le plus important du premier quartile devenant l'URSSAF des Yvelines avec 100 352 comptes.

Répartition par tranche des autres organismes (95 %)

Nombre de bénéficiaires ou de comptes

	CPAM	CAF	URSSAF
Nombre moyen de bénéficiaires ou comptes	306 000	83 600	36 130
<u>Premier quartile</u>			
Premier de la tranche	987 000	218 060	62 210
Dernier de la tranche	394 000	95 764	48 750
<i>% du nombre total de bénéficiaires ou de comptes</i>	40 %	41 %	32 %
<u>Deuxième quartile</u>			
Premier de la tranche	393 000	95 550	47 690
Dernier de la tranche	245 000	57 800	32 020
<i>% du nombre total de bénéficiaires ou de comptes</i>	22 %	22 %	20 %
<u>Troisième quartile</u>			
Premier de la tranche	244 000	55 300	3 600
Dernier de la tranche	185 000	35 250	20 830
<i>% du nombre total de bénéficiaires ou de comptes</i>	14 %	13 %	14 %
<u>Quatrième quartile</u>			
Premier de la tranche	165 000	33 640	20 750
Dernier de la tranche	45 000	10 555	7 535
<i>% du nombre total de bénéficiaires ou de comptes</i>	7 %	7 %	7 %

Source : Cour des comptes

Au sein des départements couverts par plusieurs organismes, les écarts sont parfois très importants comme par exemple entre les CPAM, CAF et URSSAF de Villefranche et de Lyon où ils sont de l'ordre de un à huit ou dix ; de même, l'écart est pratiquement de un à dix entre les CAF d'Elbeuf et de Rouen.

Les regroupements qui résulteraient de l'application du principe d'une caisse par département réduiraient sensiblement le nombre des petites caisses, mais ils en laisseraient néanmoins subsister un certain nombre. Dans la branche maladie, ils conduiraient à réduire de 32 le nombre de CPAM dont 17 de moins de 200 000 assurés sociaux mais 22

CPAM départementales de moins de 200 000 assurés subsisteraient. Dans la branche famille, la réduction toucherait 22 CAF, dont 17 CAF de moins de 50 000 allocataires et neuf de moins de 30 000. Toutefois, 14 CAF départementales auraient encore moins de 30 000 bénéficiaires. Dans la branche recouvrement, le même principe n'affecterait que neuf des 33 plus petites URSSAF.

B – Des regroupements exceptionnels

Depuis 1945, les regroupements d'organismes ont été exceptionnels et limités à la seule branche recouvrement¹²³. Au cours de la décennie écoulée, les deux tentatives d'inscrire dans un texte législatif le principe du département comme base territoriale des organismes sociaux ont échoué, la première en 1994, la seconde avec les ordonnances de 1996. Ce double échec contribue à expliquer l'absence d'impulsion donnée par l'Etat et les caisses nationales à ce processus. Ainsi, la démarche de regroupement et de réorganisation du réseau des CPAM, initiée par la CNAM n'a pas à ce stade abouti à des résultats concrets..

Dans la branche famille, la seule tentative de fusion sur une base départementale a concerné les CAF de Beauvais et de Creil. Malgré un travail de coordination et d'harmonisation avancé, ce projet n'a pas abouti. Toutefois, des structures fédératives et des coordinations informelles ont été mises en place dans les départements où plusieurs caisses existent. Elles répondent en priorité au besoin de concertation et d'harmonisation vis-à-vis des partenaires institutionnels –et en premier lieu des conseils généraux– et associatifs en matière d'action sociale. Les rapprochements entre CAF sont, par contre, moins développés dans le domaine des prestations familiales et quasi-inexistants dans celui de la gestion administrative.

Dans la branche recouvrement, trois fusions ont abouti, celles des URSSAF de Beauvais et Creil (septembre 2000), de Laon et Saint-Quentin (juin 2003) et de Montbéliard et Belfort (août 2004). Un autre projet est en cours qui concerne les URSSAF d'Arras et de Douai situées, comme celle de Montbéliard et de Belfort, dans des départements voisins mais correspondent à un seul et même bassin d'emploi.

123. Hormis le cas particulier, dans la branche famille, de la fusion des caisses à compétence nationale de la pêche maritime et des marins du commerce et, dans les branches maladie et recouvrement, du rattachement de la batellerie à une caisse locale.

Dans la branche recouvrement, l'URSSAF de Paris-région-parisienne n'a pas connu l'éclatement qui a suivi celui du département de la Seine et s'est retrouvée, de ce fait, avoir une compétence régionale. Elle couvre en effet sept des huit départements de la région Ile-de-France. Avec 51 Md€ de cotisations et contributions recouvrées en 2002, elle gère 17 % des comptes et assure le quart du recouvrement national, la première URSSAF après Paris, celle de Marseille n'en représentant que 3 %. Le conseil d'administration de l'URSSAF de Paris du 11 février 2002 a adopté un plan de réorganisation de l'organisme qui en fait une « URSSAF régionale déconcentrée mutualisée ».

L'URSSAF de Paris-région-parisienne reste ainsi unique au plan juridique et régional par son champ géographique mais elle devient déconcentrée par son mode d'organisation (dix directions départementales de recouvrement ont été créées, dont quatre pour Paris) et mutualisée par le maintien des services communs au niveau central¹²⁴. Cette déconcentration s'accompagne d'une délocalisation géographique progressive des directions départementales du recouvrement. Ce schéma constitue une alternative à l'organisation départementale ou infra-départementale classique, dont il conviendra d'étudier avec précision les gains de productivité qu'il peut ou non générer.

Le coût de gestion des prestations et du recouvrement par les organismes de base en fonction de leur taille n'a malheureusement fait l'objet d'aucune étude. Les calculs effectués par la Cour pour les branches famille et recouvrement montrent des profils différents. Dans la première, le coût est inversement proportionnel à la taille de l'organisme ; dans la seconde, le coût est d'abord décroissant avec la taille puis croissant, suggérant l'existence possible d'une taille optimale qui mériterait une étude plus poussée non seulement en fonction des effectifs mais également des montants recouverts fortement concentrés sur les plus grosses URSSAF.

Dans la branche maladie, la relation entre taille et coût, si elle reste vraie au détriment des petites caisses, apparaît, par contre, moins affirmée. Les petites caisses sont handicapées par des coûts de structures relativement élevés. Toutefois, dans une période marquée tout à la fois par une assez grande inertie des effectifs –et donc des dépenses– malgré l'accélération depuis 2002 de la montée en charge de Sésam-Vitale, les variations des coûts des caisses dépendent plus des évolutions démographiques des zones desservies que de leur taille.

124. Les services mutualisés sont les suivants : budget, courrier, saisie, logistique, plate-forme téléphonique, encaissement, informatique, formation, audit interne, marchés.

La Cour estime que les gains directs d'une fusion des caisses infra-départementales pour l'ensemble des branches seraient, du fait du regroupement des instances dirigeantes, de l'ordre d'une centaine de millions d'euros, auxquels s'ajouteraient les gains de productivité induits par l'augmentation de la taille de l'organisme. Ils apparaissent suffisamment significatifs pour que l'Etat incite les caisses nationales à s'engager résolument dans cette voie.

La branche vieillesse a échappé à la dispersion notée dans les autres branches. En 1967, elle est restée organisée sur une base régionale. Mais les organes « siège » de la branche sont au nombre de 16, soit un nombre inférieur à celui des régions administratives, certaines CRAM couvrant en effet plusieurs régions.

Un éventuel regroupement de caisses n'aurait aucune conséquence négative sur les assurés et les cotisants dans la mesure où dans toutes les branches, à des degrés divers, les organismes de base développent des implantations de proximité conséquentes. Il permettrait aussi grâce à une concentration des moyens de faire de substantielles économies et faciliterait le pilotage par les têtes de réseau. En l'absence d'une orientation claire des pouvoirs publics, les réticences des divers partenaires –directions, conseils d'administration, élus locaux- ne peuvent que se conforter mutuellement pour bloquer pratiquement toute évolution.

La Cour estime indispensable de procéder sans tarder à des regroupements dans les branches famille, maladie et recouvrement. Toutefois, le niveau départemental n'est pas nécessairement le plus pertinent. Ainsi, le regroupement des neuf CPAM du département du Nord aboutirait à une caisse qui devrait gérer plus de deux millions d'assurés sociaux alors que cinq des huit CPAM mono-départementales de la région Midi-Pyrénées ont chacune moins de 150 000 assurés sociaux dont trois en ont moins de 100 000. Dans la branche maladie, l'existence des CRAM qui assurent des fonctions spécifiques sans jouer le rôle d'un véritable échelon régional contribue sans doute à bloquer l'évolution des structures.

La Cour constate que ni les caisses nationales ni l'Etat n'ont fait procéder, en amont des COG, aux études nécessaires à l'évolution de l'organisation institutionnelle. Elle estime que la politique de proximité et de mutualisation des moyens affichée comme un des objectifs des COG ne peut être engagée sans que ses implications sur cette organisation n'aient été préalablement étudiées.

II - Le développement d'une politique d'accueil de proximité

L'accueil et l'information des assurés et cotisants sur leurs droits est aujourd'hui un objectif central de toutes les branches. Mais là encore, le cheminement de la branche retraite et des autres branches a été différent.

A – Dans la branche retraite : des permanences aux agences

Du fait de son organisation régionale, la branche retraite s'est très tôt préoccupée de développer une politique de proximité fondée notamment sur une multiplication des permanences locales desservies par des agents itinérants. Dès 1975, la branche comptait 1 867 permanences sur tout le territoire. Ce réseau s'est étendu jusqu'à atteindre 2 400 points.

A partir des années quatre-vingt-dix, la CNAV a impulsé une politique de décentralisation du siège avec la création d'un réseau d'agences qui constitue un niveau intermédiaire entre le siège et les permanences locales et qui a vocation à assurer des tâches de gestion identiques à celles effectuées dans les CRAM. Cette politique qui avait été anticipée par certaines CRAM a été intégrée dans le projet « branche retraite années 2000 » approuvé par le conseil d'administration de la CNAV du 20 décembre 1995.

Cette orientation a été ultérieurement reprise dans les COG qui ont progressivement précisé les définitions¹²⁵ et les tâches dévolues, d'une part, aux agences retraite, d'autre part, aux permanences rebaptisées « points d'accueil retraite » (PAR). Les agences retraite sont des unités d'accueil et de production permanentes, ouvertes cinq jours par semaine et comprenant au moins un agent alors que les PAR sont des unités d'accueil ouvertes épisodiquement à heures fixes, parfois seulement une demi journée par mois. Les PAR sont hébergés dans des locaux majoritairement municipaux mais aussi associatifs ou faisant partie des autres réseaux de la sécurité sociale (CPAM notamment). Ils se réduisent à la réception du public par des conseillers retraite itinérants mais qui

125. Cette terminologie est celle figurant dans les COG : elle continue à cohabiter avec les nombreuses appellations locales propres à chaque caisse que celles-ci utilisent encore dans leur communication externe (par exemple, centre d'information retraite, délégation ou bureau retraite, point d'accueil retraite renforcé, agence départementale...).

disposent désormais, dans leur quasi-totalité, de micro-ordinateurs portables leur permettant d'être relié au réseau. Les agences offrent ainsi non seulement des services permanents mais surtout plus complets.

La COG 2001-2004 a défini une organisation cible qui comporte une liste de dix services devant à terme être proposés en agence ou en point d'accueil. L'objectif pour 2004 était de pouvoir en proposer au moins sept tout en laissant aux CRAM une large marge d'initiative dans le choix de ces services. Certains indicateurs de la COG ont aussi joué un rôle déclencheur, notamment ceux relatifs aux régularisations de comptes et aux attributions de droits à réaliser dans les points d'accueil et les agences ou encore au nombre d'agents en contact direct avec le public. Les objectifs assignés pour 2002 étaient de 20 % pour les deux premiers et de 14 % pour le dernier. Ils sont de 30 % et 15 % pour 2003 et de 40 % et 16 % pour 2004. L'ensemble de ces contraintes a conduit des caisses comme celles de Strasbourg et de Nantes à s'engager tardivement dans cette politique de proximité.

De ce fait le mouvement de décentralisation dans les agences des tâches effectuées jusqu'à présent exclusivement au niveau des sièges est maintenant bien enclenché. C'est à l'aune de la participation des agences aux deux fonctions clé que sont, d'une part, la régularisation des carrières et, d'autre part, la liquidation standard des droits propres et dérivés que sera mesurée la réalité de la politique de proximité. Leur contribution à ces deux opérations est actuellement d'ores et déjà importante même si c'est encore dans des proportions très variables selon les CRAM. En 2002, le pourcentage des régularisations de carrière varie entre 89 % et 2 % dans les agences selon les CRAM. Le niveau moyen s'établit à 42 % pour un objectif fixé à 20 %. Les pourcentages sont du même ordre pour les opérations symboliquement plus importantes que sont les liquidations de retraite, ces opérations commençant aussi à être effectuées à une petite échelle dans certains points d'accueil retraite de Lille et de Rouen depuis 2003.

Du fait de cette montée en charge progressive de la politique de décentralisation, l'organisation territoriale n'est pas encore stabilisée et présente de sensibles différences entre les diverses CRAM. Seule celle de Limoges a actuellement une base départementale. Par contre, 11 CRAM ont à la fois des agences départementales et des agences infra-départementales et quatre CRAM (Aquitaine, Nord-Picardie, Ile-de-France et Normandie) n'ont que des agences retraite infra-départementales. Au total, selon le recensement fait par la CNAV en juin 2003, les agences infra-départementales sont largement majoritaires (192 sur 228).

Le fait que le pouvoir de décision se situe au niveau régional, à la différence des autres branches, n'a pas pour autant toujours permis la

mise en place d'une politique cohérente en matière d'agences. Ainsi la politique cible arrêtée par la CRAM du Sud-Est pour 2005 vise la mise en place de 38 agences pour une population de 4,8 millions d'habitants, dont 11 agences dans les Bouches-du-Rhône (1,8 million d'habitants) et six pour les deux départements alpins qui regroupent 260 000 habitants.

Les CRAM de Nord-Picardie et d'Ile-de-France ont choisi des organisations différentes. En 1996, dès avant l'impulsion donnée par la CNAV, la CRAM de Lille s'est fixée l'objectif qu'aucun assuré ne soit à plus de 15 kilomètres d'un point d'accueil. Il en a résulté un réseau très dense de 26 agences et de 500 points d'accueil pour une population de 5,9 millions d'habitants. De son côté, la CRAM Ile-de-France, qui s'est engagée dans ce mouvement plus tardivement a arrêté le réseau cible pour aboutir rapidement à la création de 56 agences couvrant l'ensemble de la région (11 millions d'habitants). La CNAV est consciente de ces déséquilibres, mais elle estime ne pouvoir intervenir à bon escient que lorsque les dispositifs de proximité prévus et inscrits dans les politiques cibles locales auront tous été déployés dans l'ensemble des CRAM.

En contrepartie de l'émergence des agences, nombre de CRAM se sont engagées dans une rétraction logique et parfois sensible du réseau de leurs permanences. L'enquête de la Cour réalisée auprès des caisses régionales en 2003 a montré que le nombre de PAR est d'environ 1 900. Toutefois, ce mouvement de rétraction, en raison notamment des difficultés inévitables que soulève tout projet de fermeture de permanence de la part des élus locaux concernés, est pour l'instant concentré sur un petit nombre de CRAM. A Montpellier et à Orléans, le nombre de points d'accueil a baissé respectivement de 50 % et de 25 % entre 2000 et 2002 ; il est également en décroissance en Ile de France, à Strasbourg, Rennes et Limoges¹²⁶.

La Cour estime que la CNAV doit encourager et soutenir ce mouvement, parallèlement au renforcement et à la multiplication maîtrisée des agences. La fermeture de points d'accueil retraite doit concerner en priorité les permanences ouvertes seulement une journée, voire une demie journée par mois. Des mesures de substitution existent : ainsi, le remplacement d'un PAR par une réunion annuelle organisée avec l'aide des municipalités concernées a été expérimenté avec succès notamment à Strasbourg. S'agissant du recours aux visites à domicile, la Cour constate que ce mode est utilisé de manière très variable selon les

126. Dans la CRAM Centre Ouest, le recours à la comptabilité analytique a permis de chiffrer le coût d'une visite dans un PAR qui varie entre 7,32 € et 40,64 €. C'est sur la base de cette étude que la caisse de Limoges a pu fermer, sans problème majeur, 16 PAR sur 112 en 2003.

caisses et que, dans certains cas, son coût peut être prohibitif¹²⁷. Elle souhaite dès lors que le recours à ce mode d'accueil reste circonscrit à des cas exceptionnels (assurés handicapés ou gravement malades). La Cour souhaite que la réorganisation du réseau, notamment la forte diminution (voire la suppression progressive) des PAR au profit des agences donne lieu à une prise de position officielle de la CNAV et soit inscrite dans la prochaine COG¹²⁸.

B – Dans les autres branches, des besoins d'accueil différents et mal évalués

Dans les autres branches, la proximité est une préoccupation qui a été longtemps moins présente et qui reste inégalement développée. A la différence de la retraite, le besoin d'un accueil physique est souvent concentré sur une partie des assurés ou cotisants. Les populations les plus fragiles et les employeurs confrontés à des difficultés économiques sont les plus directement concernés. Il n'existe cependant aucune étude permettant d'apprécier l'étendue et la nature précise du besoin qui permettrait de mieux cibler les actions et les publics, ainsi que de mieux sélectionner les sites.

Dans la branche recouvrement, les implantations hors du siège de l'organisme sont en nombre limité : suite aux remarques de la Cour, une enquête réalisée en 2004 dénombre, outre les 102 accueils au siège des organismes, 18 points d'accueil permanents, 215 autres points d'accueil et 72 accueils itinérants. Il n'existe pas non plus d'étude permettant de cerner les publics qui recherchent un accueil de proximité. Or, avec le développement des virements bancaires et des télédéclarations, il n'est pas évident que le besoin d'accueil physique ait la même acuité qu'il pouvait avoir dans le passé pour toutes les catégories de public.

Dans la branche famille, la création des premières permanences extérieures au siège remonte aux années soixante, mais le besoin d'une véritable politique est surtout apparu après la création du revenu minimum d'insertion (RMI) en 1988. Les différentes COG en ont fait une

127. C'est la CRAM de Normandie qui utilise le plus cette procédure : 2 786 visites à domicile en 1995, 1 330 en 2002. Un calcul rapide montre que, sur la base de 2 heures par visite (déplacement compris), les 1 330 visites effectuées en 2002 représentent 2 660 heures de travail soit 1,7 ETP de conseiller retraite rémunérés au niveau 5A (premier niveau de cadre).

128. Le réseau cible prévu pour 2005 par la CRAM du Languedoc-Roussillon correspond à cette orientation. Il est fondé sur 18 agences et 24 PAR alors que le nombre de ces derniers était de 73 en 1990 et de 63 en 2000.

priorité sans pour autant imposer d'obligations précises aux caisses locales. Malgré un réel déploiement intervenu depuis 1997, cette politique est assez peu coordonnée par la caisse nationale. Aucune instruction n'a été donnée aux CAF sur les critères d'implantations déconcentrées, comme le nombre et les caractéristiques des allocataires concernés – ni sur le type d'accueil à privilégier et la nature des fonctions de production que devraient assurer les sites déconcentrés.

Les caisses locales bénéficient donc d'une grande liberté d'organisation, à tel point que la caisse nationale ne dispose pas toujours de statistiques fiables sur ces questions. A l'occasion de l'enquête de la Cour, 2 011 points d'accueil ont été recensés, parmi lesquels 233 assuraient l'accueil et la liquidation des prestations cinq jours sur cinq, 176 assuraient ces deux fonctions sur des durées plus courtes et 1 602 ne proposaient qu'un accueil simple (132 cinq jours sur cinq et 1 470 de façon ponctuelle).

La carte des lieux d'implantation des antennes déconcentrées est mouvante car les CAF ont le souci localement de s'adapter le mieux possible aux besoins de la population, tout en veillant à ce que le coût ne soit pas disproportionné par rapport au service rendu. Faute d'étude nationale spécifique, il est difficile d'évaluer la pertinence du nombre actuel d'antennes et de leurs horaires d'ouverture, mais les enquêtes de satisfaction annuelles menées auprès des allocataires montrent que la difficulté d'accès à un point d'accueil n'est pas une des critiques majeures faites à la branche.

L'augmentation du nombre de sites déconcentrés ne semble donc pas devoir être une priorité pour les années futures. En revanche, l'effort doit sans doute porter sur l'amélioration du service que peuvent rendre ces antennes, en particulier en proposant, en plus de la simple information, une gestion directe des dossiers des allocataires. A ce titre, il est intéressant de noter que la liquidation en points d'accueil déconcentrés se développe (en 2003, un tiers des CAF disposaient d'au moins un centre de liquidation hors du siège), mouvement que les progrès de la gestion électronique des documents devraient amplifier bien qu'aucun objectif précis ne soit fixé dans la COG.

La branche maladie, enfin, a pris jusqu'à présent appui sur les centres de paiement qui assurent les opérations de liquidation, pour développer un accueil physique des assurés. Cet accueil peut notamment être réalisé dans les centres de paiement lorsque ceux-ci sont implantés en dehors du siège. On dénombre actuellement environ 1 500 centres implantés sur 1 100 sites, certains regroupant, comme Le Mans, plusieurs centres de paiement au siège.

Les centres de paiement ont été créés à une époque où les assurés sociaux, notamment les plus défavorisés, souhaitent pouvoir se faire rembourser sans délai au guichet. La généralisation du tiers payant, la télétransmission des feuilles de soins et la mise en place de la CMU suppriment les délais de remboursement et remettent en cause l'utilité de ces centres. En outre, les besoins d'information peuvent être assurés par les plates-formes téléphoniques en cours de déploiement.

A travers les documents qu'elle diffuse dans le réseau, la CNAM prône un modèle d'organisation présenté comme « plus efficient » basé sur l'industrialisation et la centralisation de la liquidation, un recours massif à la scannérisation des feuilles de soins, l'augmentation des transmissions informatisées, la spécialisation des techniciens, la fermeture des centres de paiement, la mutualisation maximale des services entre caisses et le maintien des points décentralisés uniquement pour l'accueil.

Le besoin d'un accueil physique, qui reste nécessaire en faveur de certains assurés, devrait être satisfait par des structures légères, déchargées des tâches de liquidation. Leur développement, en cours, s'effectue à un rythme très différent selon les caisses, compte tenu de l'histoire propre à chaque organisme et du style de management développé par le directeur.

Certaines CPAM ont anticipé depuis plusieurs années ces évolutions mais ont été freinées dans leur mise en œuvre par le faible nombre de départs en retraite -mais elles n'ont pas non plus saisi l'occasion de la mise en place de l'ARTT- ; d'autres, au contraire, ont été et restent attentistes et n'estiment ni possible ni nécessaire une telle évolution au cours des prochaines années. Une impulsion forte de la part de la caisse nationale est indispensable pour lever ces blocages.

Au total, si l'existence d'un accueil de proximité est souhaitable, celui-ci doit être configuré en fonction de besoins évalués, des alternatives offertes par les technologies de communication et des caractéristiques des publics à accueillir. Elle devrait reposer sur des enquêtes régulières de fréquentation. Enfin, la vague attendue de départs à la retraite des agents doit être mise à profit pour mener à bien cette réorganisation.

III - Les esquisses d'une coopération régionale et d'une mutualisation des moyens

A – La mutualisation des ressources informatiques

Les branches à implantation départementale ou infra-départementale ont depuis longtemps mutualisé leurs moyens informatiques pour la création de centres régionaux de traitement informatique (CERTI). Ceux-ci ont presque toujours une dimension interrégionale. Ils remplissent, en général, une triple mission : ils assurent les traitements de base pour l'ensemble des organismes qui en dépendent, réalisent le façonnage des envois de masse et sont responsables de la maîtrise d'œuvre de certains systèmes informatiques nationaux. Enfin, les traitements informatiques des CGSS sont assurés, quelle que soit la branche, par le CERTI dont elles dépendent. Malgré les initiatives qui se sont développées à partir des années quatre-vingt dix, les CERTI restent à ce jour le seul exemple de mutualisation de moyens réellement structurée. Toutefois, l'actuelle organisation, fondée sur huit centres, n'est pas pour autant optimale au regard de la nature des traitements et des possibilités technologiques.

Dans la branche vieillesse, les traitements informatiques sont effectués par le service informatique de la CRAM. Il y a autant de centres informatiques que de CRAM (soit 16). Cependant, la CNAV envisage une importante opération de regroupement de ces centres informatiques au travers du projet EMI (évaluation des moyens informatiques) qui vise à les mutualiser. Ce regroupement, facilité par les nombreux départs en retraite constatés dans ce secteur, doit dégager des gains de productivité estimés à 30 % de la charge actuelle d'ici 2012.

B – La coopération régionale

Les organismes de base restent réticents si ce n'est hostiles à tout regroupement et n'envisagent l'idée d'une coopération régionale qu'avec prudence. Toutefois, comme l'ont montré les réponses à une enquête de la Cour, s'il existe des facteurs de blocage, de nombreux directeurs d'URSSAF sont favorables au renforcement des coopérations. Très souvent, les premières coopérations se sont mises en place à l'initiative des directeurs locaux. Ce n'est que dans un second temps que les COG ont tenté à la fois de les formaliser et de les généraliser. Les choix qui ont

présidé aux objectifs assignés par les COG apparaissent cependant différents selon les branches.

La branche recouvrement est la première à avoir structuré une coopération régionale. Dès 1995, l'ACOSS a créé des correspondants régionaux dans quatre domaines où les URSSAF ne disposaient pas d'expertise propre ou suffisante : statistique, expertise juridique, audit interne et communication. Ces experts régionaux participent aux quatre réseaux nationaux que l'ACOSS anime dans ces domaines. 121 emplois ont été créés à cette fin et répartis entre les différentes URSSAF auxquelles les agents sont ainsi rattachés. Par la suite, les COG signées entre l'ACOSS et l'Etat ont précisé les modalités de cette coopération dans le but d'assurer une plus grande cohérence des politiques, d'harmoniser les pratiques et d'optimiser les moyens de la branche. Enfin, la répartition du produit recouvré entre les branches a donné lieu à la création, au sein des agences comptables, d'un cinquième réseau de correspondants régionaux.

La COG 1998–2001 précise que « la coopération donne lieu à l'élaboration d'une convention entre l'ACOSS et l'échelon régional ». Celle pour 2002–2005 a défini et élargi « le socle commun des domaines de coopération et de mutualisation régionales », sans qu'ils aient un caractère obligatoire. Font partie de ce socle les domaines suivants : direction et stratégie, gestion des ressources humaines, trésorerie, contrôle interne, comptabilité, statistiques, gestion du risque, contrôle, communication, offres de service et qualité de service, moyens informatiques et systèmes de production.

Pour assurer cette coopération, la circonscription d'action qui a été choisie a été, sauf exception¹²⁹, celle de la région administrative qui ne correspond pas à la circonscription des CERTI. Un conseil régional des directeurs a été créé, présidé par l'un des directeurs d'URSSAF. Dans une région sur deux, les directeurs des CERTI n'ont pas été invités à participer au conseil régional des directeurs d'URSSAF. Les CERTI couvrant en général plusieurs régions administratives, il arrive ainsi qu'un même directeur de CERTI participe à un conseil régional et pas à l'autre.

L'enquête réalisée par la Cour a montré que seules trois régions avaient créé autant de commissions que de domaines et que d'autres ont procédé à des regroupements de domaines. Mais, dans un grand nombre de cas, l'ensemble des domaines du socle commun n'est pas couvert, notamment ceux particulièrement importants des ressources humaines, de la formation, du contrôle interne et de l'offre de services. Aucun bilan de

129. Les régions de Basse et Haute-Normandie d'un côté et du Limousin et du Poitou-Charente de l'autre ont été regroupées en deux entités ACOSS.

suivi des objectifs de coopération n'a été réalisé par l'ACOSS. De plus, la mise en place de l'ARTT n'a pas été réellement l'occasion d'approfondir cette coopération, en dépit du fait que la compensation s'est effectuée, pour partie, par l'allocation au niveau régional d'emplois dits mutualisés. 250 emplois ont ainsi été répartis entre les régions, hors URSSAF de Paris.

Ces emplois ont pour objet « la mise en commun de compétences et une recherche d'expertise à coût partagé ». A la différence des emplois de correspondants régionaux, l'ACOSS considère qu'il n'y a pas d'obligation à ce que les emplois mutualisés correspondent aux commissions régionales. Rien n'a été imposé mais elle a recommandé, néanmoins, que ces emplois soient affectés à certaines fonctions dont la mutualisation entre les URSSAF apparaissait souhaitable : formateur régional, assistant GRH et délégué des agences comptables. Les conseils régionaux des directeurs ont très inégalement suivi ces recommandations. Quant aux postes de formateur régional, on en dénombre seulement dans quatre régions. La seule obligation a concerné les postes d'inspecteurs « mutualisés » qui ont fait l'objet de décisions particulières. Ces postes, au nombre de 47 au départ, visent à la fois à remplacer les absences dans les URSSAF et à assurer une certaine coordination des contrôles au sein d'une même région.

Enfin, l'ACOSS a créé un poste de coordonnateur régional II « assiste le directeur désigné pour animer le conseil régional des directeurs qui coordonne le pilotage opérationnel des actions régionales ». En 2004, il restait encore à créer un poste de coordonnateur régional et à pourvoir deux autres postes.

Dans la branche famille, le principe d'une mutualisation de moyens dans les domaines où des économies d'échelle sont possibles apparaît avec la COG 2001-2004. Celle-ci prévoit la mise en place de 13 pôles régionaux mutualisés. A la différence de la branche recouvrement, ces pôles correspondent aux CERTI ou, dans trois régions où les CERTI desservent un trop grand nombre de CAF, à une subdivision de ceux-ci. La COG indique en outre que « la CNAF finance des emplois prélevés sur le quota de remplacements prévus au titre de l'ARTT afin d'aider au déploiement des modèles, outils et des bonnes pratiques référencées autour des processus fondamentaux de gestion, et de mieux couvrir certaines expertises : gestion immobilière, gestion des marchés, audit, statistique... ».

La CNAF a financé 93 emplois d'experts régionaux dont 58 pour le développement de modèles informatiques et 35 pour les autres expertises, 80 emplois de compensation ARTT ayant été réservés à la mutualisation. Un bilan d'étape de la mise en place de ce dispositif a été

réalisé par la CNAF en 2002. Sur les 13 pôles prévus, 12 étaient en place et fonctionnaient malgré les réticences rencontrées au départ. Les caisses se sont rapidement approprié la mutualisation par le déploiement des outils et des modèles informatiques. Par contre, la mutualisation des expertises a été difficile à mettre en œuvre. Enfin, les pôles régionaux ne jouent pas du tout le rôle d'optimisation des moyens dans les domaines où les économies d'échelle sont pourtant attendues et possibles, notamment l'accueil téléphonique de masse, la communication, le contrôle des allocataires, la gestion des assurances et de la paie.

C – Les autres formes de mutualisation

Si les régions CERTI apparaissent appropriées pour la diffusion des outils et modèles informatiques ou pour les experts statisticiens qui ont recours à de tels outils, en revanche elles ne constituent pas toujours la bonne circonscription ni pour la mutualisation des moyens de fonctionnement des caisses ni pour celle des services aux bénéficiaires. Cette mutualisation pourtant explicitement prévue, depuis les ordonnances de 1967¹³⁰, pour « les tâches d'intérêt commun aux caisses primaires » est restée balbutiante, voire inexistante, dans les domaines où elle aurait dû être fortement développée comme l'organisation des achats, le contentieux et la gestion immobilière. Elle n'a connu un certain développement dans la branche maladie qu'avec les plates-formes téléphoniques pour un résultat qui reste limité.

Alors que les premières plates-formes, non mutualisées, ont été installées en 1999 par les CPAM du Mans et de Marseille, on estimait en mai 2003, soit quatre ans plus tard, que seules 66 CPAM (moins de la moitié) s'étaient dotées d'une plate-forme conforme au cahier des charges de la caisse nationale.

Récemment, une implication plus forte de cette dernière dans le développement de cet outil a permis une certaine accélération. En juin 2004, 96 CPAM (75 % du total) avaient une plate-forme de service conforme à ce cahier des charges. Toutefois, sur ces 96 caisses, seules 34, soit à peine plus du quart, ont mis en place des plates-formes véritablement mutualisées, sur un site commun à chaque regroupement. 35 caisses ont développé des plates-formes localisées sur plusieurs sites (mutualisation partielle), ce qui annule en grande partie les économies possibles en la matière. Enfin, 27 caisses sont dotées de plates-formes propres, non mutualisées.

130. Voir l'article L. 215-1 du CSS « Les caisses régionales d'assurance maladie assument les tâches d'intérêt commun aux caisses primaires de leur circonscription ».

Bien que la CNAM affiche désormais clairement sa volonté de développer la mutualisation, le bilan en la matière reste mitigé et largement inférieur à ce qu'il aurait pu être.

De plus, la mutualisation ne va pas toujours dans le sens d'un rapprochement entre caisses. Ainsi, dans l'Hérault, la CPAM infra-départementale de Béziers a développé une plate-forme commune avec celles des départements voisins de l'Aude (Carcassonne) et des Pyrénées-Orientales (Perpignan) plutôt que de se rapprocher de celle de Montpellier qui, de son côté, a développé un accueil téléphonique (avant d'envisager une plate-forme mutualisée) avec Mende et Nîmes. De même, la CPAM de Villefranche-sur-Saône (Rhône) est intégrée dans une plate-forme multi-caisses avec les CPAM de Saint-Etienne, Roanne, Bourg-en-Bresse et Annecy plutôt qu'avec celle de Lyon qui a conçu de son côté sa propre plate-forme en raison d'une incompatibilité informatique entre ces deux caisses d'un même département.

La Cour constate que la caisse nationale n'a pas cru devoir s'opposer à un processus qui, en dehors de quelques cas (notamment celui des cinq caisses de Franche-Comté) tourne le dos à d'éventuels regroupements. Or, ces plates-formes nécessitent des investissements importants et des recrutements de personnels sur un site donné qui condamnent les évolutions ultérieures à être à la fois longues et coûteuses. Pour éviter de tels errements, la Cour estime que la COG devrait fixer des orientations s'imposant aux CPAM sous le contrôle de la CNAM.

En définitive, la coopération régionale et la mutualisation, sans se substituer à de nécessaires regroupements, constituent des vecteurs appropriés pour mieux maîtriser les coûts à l'instar de ce qui existe dans le domaine de l'informatique. Outre le fait qu'elles sont inégalement développées d'une branche à l'autre, force est de constater que même dans les cas où elles reposent sur des objectifs définis dans la COG, le pilotage par les caisses nationales fait cruellement défaut.

L'ACOSS qui a pourtant été le plus loin dans ce domaine n'assure aucun suivi des objectifs de la COG ; la CNAF, qui assure, par contre, un suivi, reste passive devant les blocages qui affectent la mutualisation dans les domaines où elle contribuerait à une véritable optimisation des ressources ; enfin, la CNAM, qui avance à pas très mesurés dans cette direction n'est pas même en mesure de faire respecter le cahier des charges dans le seul domaine mutualisé. Les futures COG signées entre l'Etat et les caisses nationales devraient fixer à ces dernières des objectifs plus contraignants en la matière et leur donner les moyens d'en assurer le respect.

IV - Des dérogations à l'organisation territoriale

A – Le chèque emploi-service

La circonscription territoriale des organismes de base est l'unité de traitement de toutes les opérations concernant les assurés sociaux comme les cotisants à une exception près, le traitement du chèque emploi-service (CES) centralisé à l'échelon national. La branche recouvrement est d'ailleurs à ce jour la seule à promouvoir un mode de gestion de certaines prestations susceptibles de traitements centralisés au niveau national. Toutefois, elle n'a pas pour autant développé une organisation fonctionnelle qui remettrait en cause le principe d'organisation départementale.

Créé en 1994, le chèque emploi-service (CES) propose aux employeurs de personnel de maison une procédure simplifiée pour s'acquitter de leurs obligations. Cette simplification a permis un traitement centralisé par une unité spécialisée de l'URSSAF de Saint-Etienne. En 2003 sur un total de 1 700 000 comptes de personnel de maison (hors employeurs d'assistantes maternelles), ce service de 181 personnes, gère 982 000 comptes CES, soit 60 % du total.

Bien que cette procédure ne constitue qu'un mode de déclaration et de paiement des cotisations sociales des salariés des employeurs particuliers, c'est le ministère chargé du travail et non celui de la sécurité sociale qui a été, en 1993, à l'initiative de cette création. C'est même lui qui, jusqu'en 2000, en a assuré la promotion et a financé la fabrication des chéquiers utilisés par les employeurs pour payer leurs salariés et les déclarer auprès de l'URSSAF de Saint-Etienne.

Cette procédure simplifiée et sa gestion centralisée représentent un gain considérable en termes de coût de gestion : d'après les calculs de la Cour, le coût de gestion du compte employeur chèque emploi-service ressort à 21,70 € contre 96,12 € en moyenne pour un compte employeur de personnel de maison géré en URSSAF et 61,09 € si on prend l'URSSAF la moins coûteuse. On peut donc estimer que le coût de gestion d'un CES est trois à quatre fois moins élevé que celui d'un compte d'employeur de personnel de maison géré en URSSAF. La Cour estime à plus de 25 M€ l'économie que représenterait pour la branche un basculement complet des employeurs de personnel de maison vers le CES.

Dans ces conditions, on ne peut que s'étonner que les URSSAF ne soient pas incitées par l'ACOSS à promouvoir ce mode de règlement des

cotisations en dépit de l'objectif fixé par la COG 2002–2005 d'une généralisation du CES dès 2003. Cette absence de promotion est d'autant plus regrettable qu'une enquête réalisée en 2002 par l'ACOSS auprès des cotisants a montré que le niveau de satisfaction des utilisateurs de chèque emploi-service était bien supérieur à celui des employeurs de personnel de maison gérés directement par les URSSAF¹³¹.

La politique de proximité que développe le réseau n'est en aucun cas un frein au développement du CES. Si actuellement les URSSAF n'ont pas accès au serveur du centre de Saint-Etienne pour informer les cotisants de leur circonscription, à supposer qu'ils s'adressent à elles, rien ne s'oppose à la réalisation d'une telle connexion. Le principal obstacle à la généralisation du chèque emploi service tient à son impact sur l'activité des autres URSSAF. Le basculement représenterait, en effet, pour ces dernières une diminution importante du nombre de leurs comptes. Celle-ci affecterait le calcul de leurs « points activité » et conduirait donc à une baisse de leurs effectifs.

L'implantation du centre de traitement des CES au sein de l'URSSAF de Saint-Etienne a compensé la fermeture d'un centre informatique également implanté à Saint-Etienne. Elle a abouti à plus que doubler les effectifs de l'URSSAF qui n'emploie, hors CES, que 112 agents. Le CES représente donc un apport substantiel d'activité, mais aucune étude n'a permis d'établir que cette localisation géographique était la plus pertinente en matière de coût.

Non représentée au conseil d'administration de l'URSSAF de Saint-Etienne, l'ACOSS a créé un comité du chèque emploi-service pour suivre cette activité. Mais la faible fréquence de ses réunions (une fois par an) et l'absence de formalisation précise de ses compétences n'en font pas le cadre optimal pour examiner les difficultés qui se présentent et les améliorations à apporter au dispositif.

Au moment où l'ACOSS étend le modèle du CES à d'autres prestations, notamment à la prestation d'accueil jeunes enfants (PAJE) et au titre emploi pour les entreprises (TEE), l'implantation de ces traitements centralisés au plan national doit être décidée sur la base de critères qui prennent en compte aussi bien la relation avec l'utilisateur que les considérations de coût. A cet égard, la Cour s'interroge sur les critères qui ont présidé à la décision d'implanter le traitement de la PAJE dans l'URSSAF du Puy-en-Velay. Avec seulement 52 agents et 17 538

131. L'indice de satisfaction des utilisateurs du CES est de 8,00 contre 7,14 pour les autres employeurs de personnel de maison, un score de 7,00 étant considéré comme une performance moyenne.

comptes, l'URSSAF du Puy-en-Velay n'apparaît pas comme étant le choix le plus pertinent.

B – Le versement en lieu unique

Des remarques identiques peuvent être faites pour le traitement des entreprises multi-établissements dont les versements sont gérés en un lieu unique (dit VLU)¹³². D'après les données transmises par l'ACOSS, début 2003, le nombre d'entreprises gérées en VLU peut être estimé à près de 9 000, correspondant à 130 000 établissements, soit un peu moins de 7 % des comptes d'entreprises mais 23 % des cotisations perçues.

La procédure des VLU constitue un enjeu important pour les entreprises dans la mesure où l'existence d'un interlocuteur unique pour tous les établissements d'une même entreprise représente une simplification certaine. Le choix de l'URSSAF de rattachement est effectué par une commission spéciale créée à cet effet par le conseil d'administration de l'ACOSS. L'arrêté de juillet 1975 avait uniquement retenu comme critères le plan de charge des organismes et la compatibilité des matériels et des systèmes d'information. Toutefois, depuis lors, l'ACOSS s'est efforcée de tenir compte des souhaits exprimés par les entreprises qui ont la possibilité de proposer trois URSSAF de rattachement pour l'ensemble de leurs établissements. Les entreprises ont de plus la faculté de demander à changer d'URSSAF de rattachement sans qu'aucun texte ait jamais défini les critères de recevabilité d'une telle demande.

Dans la pratique, en dehors des PME, systématiquement rattachées à l'URSSAF dont relève l'établissement de paie, le choix du rattachement tient d'abord compte de l'incidence nette du VLU pour chaque URSSAF sur les encaissements, l'activité de contrôle des employeurs, les moyens et les résultats des URSSAF. Les évolutions récentes montrent cependant une certaine concentration sur un nombre limité d'URSSAF. D'après les tableaux établis à la demande de la Cour par l'ACOSS :

- sur un montant global de près de 40 Md€ de cotisations perçues en 2002 au titre des VLU, 19 URSSAF collectaient plus de 0,5 Md€ chacune et représentaient 74 % du total. Six organismes dépassaient 1 Md€ et 42 % du total et trois URSSAF (Paris, Toulouse, Orléans) plus de 2,5 Md€ et 29 % des encaissements. A elle seule, l'URSSAF de Paris représentait 14 % des encaissements VLU ;

132. La procédure VLU a été autorisée par un décret du 24 mars 1972 (art. R. 243-8 du CSS) et ses modalités précisées par un arrêté du 15 juillet 1975.

- pour 15 URSSAF, les VLU représentent plus de 10 % du nombre de comptes gérés, dans sept d'entre elles plus de 15 % et dans cinq plus de 20 % (Orléans 21 %, Cholet 24 %, Rouen et Toulouse 25 % et Tourcoing près de 28 %). En montant de cotisations, pour 11 URSSAF les VLU dépassent 35 % de leurs encaissements, trois se situant légèrement au dessus de 50 % (Toulouse, Tourcoing et Montbéliard) et Orléans à 62,5 %.

Les décisions récentes d'attribution de VLU semblent s'être sensiblement écartées de l'objectif initial d'équilibrage des charges et ont renforcé la responsabilité en matière de VLU des URSSAF les plus importantes. La Cour appuie cette orientation qui mériterait de devenir explicite et de reposer sur des critères connus de tous. Il conviendrait ainsi de renforcer la vocation particulière de dix à vingt URSSAF à gérer des VLU. Dans cet esprit, la Cour estime nécessaire de réfléchir au regroupement sur un seul site de la gestion en VLU des grandes entreprises, à l'instar de l'organisation retenue par la direction générale des impôts pour la fiscalité de ces entreprises.

Au total, les décisions d'organisation de la branche recouvrement, qui dérogent a priori au principe de l'organisation territoriale restent tributaires du choix de l'ACOSS de ne pas utiliser ce levier pour réduire l'activité, donc les effectifs, des URSSAF. Elles n'ont pas été l'occasion d'engager une véritable politique de regroupement et de spécialisation relative des URSSAF. Au contraire, nombre de décisions d'attribution des VLU visent avant tout à procurer aux URSSAF choisies un surcroît d'activité. La Cour insiste pour qu'en relation avec l'analyse des coûts l'ACOSS engage une réflexion d'ensemble sur l'organisation du réseau des URSSAF et que la prochaine COG amorçe les évolutions nécessaires.

Les orientations inscrites dans les COG en matière de déconcentration et de proximité ont été arrêtées à une époque où les possibilités de dématérialisation étaient encore balbutiantes et ont, de ce fait, été absentes des choix effectués. Il n'est plus possible aujourd'hui de faire l'impasse sur cette évolution qui va bouleverser les relations avec les usagers qu'ils soient assurés sociaux, cotisants, allocataires ou professionnels. La Cour demande que les conséquences organisationnelles de ce progrès technique soient explicitement tirées dans les prochaines COG.

V - Un pilotage déficient

Le pilotage des réseaux, dans le domaine de l'organisation territoriale comme dans les autres, est exercé à la fois par l'Etat et les caisses nationales.

Au delà des textes réglementaires qui fixent les circonscriptions des caisses locales, le pilotage exercé par l'Etat se limite aux objectifs définis dans les COG qui constituent le document contractuel négocié avec les caisses nationales. Il laisse aux réseaux une très large marge d'interprétation. De plus, lorsqu'ils existent, les objectifs de résultat portent sur les services rendus et l'égalité d'accès et de traitement des assurés ou cotisants et rarement sur les coûts des organismes. Seule la COG vieillesse a défini des objectifs concernant la configuration du réseau.

Les enquêtes de la Cour montrent que le pilotage par les caisses nationales n'est guère plus contraignant, à l'exception de la CNAV qui a fait montre d'un plus grand volontarisme en utilisant le levier des caisses régionales pour développer une meilleure couverture du territoire. Les autres caisses nationales ont plus relayé la modestie des ambitions affichées dans les COG qu'elles n'ont cherché à la compenser par une politique active. Aucune doctrine en matière d'organisation n'est clairement définie et l'idée de performance n'est pas suffisamment prise en compte. De plus, le suivi des objectifs n'est pas toujours assuré avec la rigueur nécessaire. Dans le domaine de la coopération et de la mutualisation régionales, le pilotage apparaît encore plus déficient. La finalité de l'échelon régional reste d'ailleurs mal définie et celui-ci ne constitue nullement un relais pour le pilotage des organismes de base par la caisse nationale.

Des objectifs appuyés sur une volonté clairement exprimée de concilier la proximité et le service rendu aux assurés et aux cotisants, avec un regroupement et une coopération renforcée des organismes seraient pourtant de nature à faire bouger l'ensemble des réseaux. Les réponses apportées aux enquêtes de la Cour montrent que, dans un certain nombre de cas, les directeurs ont souvent sur ces questions des points de vue très différents, parfois opposés. Face aux blocages, il existe aussi des forces de mouvement qui attendent un encouragement et un soutien de la part des caisses nationales et de l'Etat. Les départs à la retraite attendus dans les prochaines années et l'évolution des profils des agents constituent une opportunité que l'ensemble des acteurs doit saisir pour adapter l'organisation territoriale et fonctionnelle.

SYNTHESE

L'implantation géographique des organismes de base du régime général n'a pratiquement pas évolué depuis plus d'un demi-siècle. En dépit des évolutions économiques et des mouvements de population, les rapprochements sont restés l'exception. Dans de nombreux départements, plusieurs caisses coexistent dont certaines n'ont plus la taille nécessaire pour fournir leurs services au moindre coût et sans que la couverture du territoire soit pour autant homogène.

Mais dans le même temps, les réseaux ont connu des évolutions d'importance variable d'une branche à l'autre et surtout d'ampleur très inégale au sein d'un même réseau : développement d'une politique de proximité et de services aux assurés et aux cotisants, esquisse d'une coopération régionale et d'une mutualisation des moyens, enfin, au sein de la branche recouvrement, amorce d'une organisation plus fonctionnelle bien qu'obéissant davantage à des considérations de répartition de l'activité entre caisses de taille différente qu'à des préoccupations de services rendus et de productivité.

Enfin, les enquêtes réalisées par la Cour ont souligné la déficience du pilotage aussi bien au niveau des caisses nationales que du ministère en charge de la sécurité sociale. Les objectifs définis dans les COG se révèlent insuffisamment contraignants et les caisses nationales n'en assurent pas toujours le suivi. Mais surtout, les quatre caisses nationales n'ont imposé aucun objectif de reconfiguration des réseaux.

RECOMMANDATIONS

23. Fixer dans les prochaines COG des objectifs précis et contraignants en matière de regroupements d'organismes de base dans les branches famille, maladie et recouvrement.

24. Mettre en place, au sein de chaque branche, une organisation des réseaux de proximité plus équilibrée.

25. Mettre en place une réelle politique de coopération régionale et de mutualisation des moyens.

26. Généraliser les systèmes de simplification introduits en faveur des personnels de maison, de l'accueil des jeunes enfants et des entreprises multi-établissements et regrouper les versements en lieu unique (VLU) des grandes entreprises sur un seul site.