

Chapitre III

Les programmes de qualité et d'efficience

PRESENTATION

La loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a redéfini la liste des rapports et annexes qui accompagnent le PLFSS de l'année et a notamment prévu que la première des neuf annexes présenterait les « programmes de qualité et d'efficacité (PQE) relatifs aux dépenses et aux recettes de chaque branche de la sécurité sociale ».

Présentés incomplets à titre exploratoire en annexe au PLFSS pour 2007, les PQE ont été joints pour la première fois au PLFSS pour 2008, conformément au calendrier de mise en œuvre prévu par la loi organique.

Bien au-delà d'une obligation formelle de présentation de données, les PQE traduisent une démarche ambitieuse qui vise à la fois à améliorer l'information du Parlement et à contribuer à l'analyse de la performance des politiques sociales.

Pour cette première année, la Cour a donc examiné les choix effectués par les administrations pour mettre en œuvre ces objectifs et à identifier les évolutions possibles, à partir d'un examen de cinq PQE (maladie, accidents de travail, retraite, famille et financement).

I - Les conditions de mise en œuvre

La loi organique a défini des objectifs ambitieux mais très généraux, ce qui a rendu nécessaire des choix, de principe ou de méthode, pour sa mise en œuvre.

A – Les objectifs de la loi organique

1 – Les textes

L'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale, modifié par l'article 2 de la loi organique de 2005, définit dans son III - 1° les PQE :

« sont jointes au PLFSS de l'année des annexes : 1° présentant pour les années à venir les programmes de qualité et d'efficacité relatifs aux dépenses et aux recettes de chaque branche de la sécurité sociale ; ces programmes comportent un diagnostic de situation appuyé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population, des objectifs retracés au moyen d'indicateurs précis dont le choix est justifié, une présentation des moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs et l'exposé des

résultats atteints lors des deux exercices clos et le cas échéant, lors de l'année en cours (...) ».

L'exposé des motifs de la loi organique précisait qu'il s'agissait « d'introduire une démarche objectifs-résultats, dans le prolongement de celles engagées par les conventions d'objectifs et de gestion liant l'Etat et les caisses nationales de sécurité sociale et en s'inspirant de la démarche introduite par la loi organique relative aux lois de finances » (LOLF) du 1^{er} août 2001.

Les divers éléments constitutifs de cette démarche sont donc :

- « un diagnostic de situation appuyé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population », qui étend aux autres branches la transmission de données synthétiques sur les différentes politiques sociales, qui n'existait que pour la seule branche maladie (ancienne annexe A) ;
- « des objectifs retracés au moyen d'indicateurs précis dont le choix est justifié », qui constituent la véritable novation, en cherchant à introduire une démarche de performance fondée sur des objectifs quantifiés dans le champ des politiques sociales ;
- enfin « une présentation des moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs et l'exposé des résultats atteints », mettant plus spécifiquement l'accent sur les leviers d'action et sur les résultats des politiques.

2 – L'interprétation donnée sur le périmètre à couvrir

Des objectifs aussi complexes et ambitieux devaient être interprétés et c'est d'ailleurs pourquoi un projet exploratoire, précédé d'une introduction méthodologique, a été présenté en 2006 en annexe au PLFSS pour 2007, puis soumis à l'examen des commissions parlementaires. Plusieurs questions liées au périmètre retracé par les PQE devaient en particulier être tranchées.

a) Le choix d'une extension à l'ensemble de la protection sociale

Devait-on dans le PQE retraites intégrer les retraites complémentaires ou s'en tenir aux seuls régimes de base ? Devait-on dans le PQE familles se limiter aux seules « prestations familiales », au sens du code de la sécurité sociale ou intégrer d'autres prestations dont le montant tient compte du nombre d'enfants et qui sont servies par les caisses d'allocations familiales, comme les allocations logement ou le revenu minimum d'insertion (RMI) ? Devait-on intégrer l'effet du quotient familial et plus largement les dépenses fiscales en faveur des familles ?

Ces questions, parmi d'autres, n'ont pas reçu de réponse univoque : les données présentées, dans la partie introductive de cadrage comme dans celle relative aux objectifs et aux indicateurs qui les accompagnent, correspondent à un périmètre variable.

Pour la branche famille, associé à l'objectif n° 2 « d'aider les familles vulnérables », l'indicateur n° 2-1 « impact redistributif des prestations familiales, des minima sociaux et des allocations logement pour des ménages de même composition familiale » correspond à une définition large de la politique familiale. Elle est justifiée notamment par l'incidence importante des allocations logement sur cet effet redistributif.

De même, pour la branche retraite, les deux indicateurs associés à l'objectif n° 1 « d'assurer un niveau de vie adapté aux retraités », le « taux de remplacement net pour une carrière entière au SMIC » (n° 1-1), ou l'indicateur de « comparaison entre les ressources des retraités et des actifs » (n° 1-2) intègrent les pensions versées par les régimes complémentaires obligatoires, voire les autres ressources des personnes âgées. A l'inverse, l'un des indicateurs associés à l'objectif n°3 « garantir la solidarité entre retraités », relatif « à la part des nouvelles pensions du régime général portées au minimum contributif » ne correspond qu'au seul périmètre du régime général.

Il ne pouvait y avoir de réponse unique et de périmètre invariable, selon les objectifs et leurs diverses déclinaisons en indicateurs. D'une manière générale, cependant, le choix a été fait le plus souvent d'une extension du périmètre décrit à l'ensemble des opérateurs de la protection sociale obligatoire, régimes de base et complémentaires. Selon la présentation méthodologique des PQE jointe au PLFSS pour 2007 l'objectif est en effet de dépasser le champ des régimes retracés par les lois de financement et « d'exprimer une politique globale dont la LFSS n'est qu'un des instruments, afin que le PLFSS puisse constituer le lieu d'un débat transversal et global sur les politiques sociales. [...] Les PQE sont plus larges que les projets annuels de performance (prévus par la LOLF et limités aux financements de l'Etat) dans la mesure où la démarche retenue se veut globale ».

b) La difficulté d'identifier les principaux responsables

La conséquence logique de ce premier choix est de rendre plus difficile l'identification des responsables des politiques. La question est déjà complexe dans le champ des politiques de l'Etat, pour les

programmes de la loi de finances¹⁴⁹. Mais il est encore plus difficile de désigner un responsable unique pour des objectifs aussi larges que ceux inclus dans les PQE. En outre, comment traduire la responsabilité particulière des partenaires sociaux par exemple pour des objectifs comme ceux de « diminuer le taux d'accidents de travail » ou « d'améliorer leur réparation », inclus dans le PQE de la branche accidents de travail et maladies professionnelles ? Or un objectif général, signalé dans la note précitée comme « premier », est bien de « moderniser la gestion publique par une responsabilisation des acteurs ».

Dans le document exploratoire, produit à l'automne 2006, aucun responsable n'était identifié. Dans l'annexe produite à l'automne 2007, en revanche, sont identifiés pour chaque indicateur, non seulement les producteurs techniques, responsables de la sélection et de la fiabilité des données (la DREES est le plus souvent indiquée à ce titre) mais aussi « les responsables administratifs portant les politiques à titre principal »¹⁵⁰.

Sont ainsi cités à ce titre, pour les différents indicateurs du PQE famille, la DSS ou la DGAS (à 5 reprises), la CNAF (à 4 reprises) ou encore la DGEFP¹⁵¹ ou la CNAMTS. De même, la CNAMTS (citée 11 fois) et la DHOS (citée 8 fois) sont le plus souvent indiqués (parfois d'ailleurs conjointement) au regard des 23 indicateurs du PQE maladie. Cela ne signifie pas pour autant, bien entendu, que les directeurs de ces deux institutions puissent être considérés comme responsables du « taux d'effort et du reste à charge des familles selon le mode de garde, le revenu et la configuration familiale, »¹⁵² ou des « inégalités territoriales de répartition des médecins spécialistes »¹⁵³, pour ne donner que ces seuls exemples, même s'ils ont évidemment un rôle important à jouer.

c) L'introduction d'un PQE financement

Un troisième choix a été fait, portant sur le nombre de PQE présentés. La loi organique avait prévu cinq PQE : quatre pour chacune

149. Comme le soulignent les rapports successifs de la Cour sur la gestion budgétaire. Voir en dernier lieu le rapport pour 2007, pp. 113-115.

150. Les PQE annexés au PLFSS pour 2008 ont ainsi cherché à intégrer les observations faites sur ce point par les commissions parlementaires.

151. Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle.

152. Indicateur 3-3 associé à l'objectif 3 « concilier vie familiale et vie professionnelle ».

153. Sous-indicateur de l'indicateur n° 1-1 associé à l'objectif de lutte contre « les inégalités territoriales », qui constitue l'objectif n° 1 du PQE Maladie.

des branches (maladie, AT-MP, retraite et famille) et un cinquième relatif à « l'invalidité et aux dispositifs gérés par la CNSA »¹⁵⁴. En réalité, pour le PLFSS 2007, comme pour celui de 2008, l'annexe n° 1 a distingué six programmes en ajoutant au texte de la loi organique un PQE relatif au « financement ».

Cet ajout s'explique par la particularité de la mission de recouvrement, qui n'est pas une « branche », mais qui pour le régime général est organisée de manière distincte, donne lieu à une COG particulière et dont l'importance justifie un suivi particulier.

On peut se demander cependant si la présentation de ce PQE n'aurait pas dû être distinguée, par rapport aux autres, en privilégiant les données de cadrage et en limitant les objectifs : on voit mal en effet quelle peut être la portée de l'objectif de « soutenabilité financière », dans la mesure où les responsables administratifs à titre principal, selon l'expression des PQE, n'ont qu'une responsabilité limitée en la matière, les choix structurants relevant à l'évidence du niveau politique.

B – La méthodologie retenue

1 – La référence aux projets annuels de performance

La définition d'indicateurs pour chacun des objectifs (voire des sous-objectifs) s'inspire du travail accompli pour les programmes joints aux lois de finances, en application de la LOLF. Chaque année en effet sont désormais annexés au projet de loi de finances initiale des « projets annuels de performance » (PAP), qui donnent lieu ensuite à un bilan sous la forme des « rapports annuels de performance » (RAP) annexés au projet de loi de règlement. Les PQE annexés aux PLFSS transposent ainsi cette démarche, en condensant les deux temps de la prévision et du bilan en un seul.

Ainsi, dans le PQE famille, on distingue quatre « objectifs », de portée très générale : « contribuer à la compensation financière des charges de famille », « aider les familles vulnérables », « concilier vie familiale et vie professionnelle », enfin « garantir la viabilité financière

154. L'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale énumère les quatre branches (du régime général), qui correspondent aux quatre PQE. Un amendement parlementaire en a ajouté un cinquième relatif aux « dépenses et aux recettes des organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie », cette périphrase désignant en fait les dépenses relatives à « l'invalidité et aux dispositifs gérés par la CNSA », selon le titre du fascicule qui lui est consacré.

de la branche ». Pour certains de ces objectifs, on a distingué des sous-objectifs¹⁵⁵ : par exemple, au sein de « l'aide aux familles vulnérables » (objectif n° 2), « la redistribution verticale » et « l'action sur la pauvreté ». Et pour chacun, ont été sélectionnés les indicateurs jugés les plus pertinents pour rendre compte du bon avancement des politiques considérées.

Exemple de la structure des objectifs et indicateurs des PQE

PQE famille :

- avec 4 objectifs dont « aider les familles vulnérables »
 - o avec 2 sous-objectifs dont « action sur la pauvreté » ;
 - avec 3 indicateurs dont % d'enfants sous le seuil de pauvreté ;
 - avec 2 sous-indicateurs (toutes familles et seules familles monoparentales).

2 – L'accent mis sur les indicateurs d'efficacité

a) Un choix justifié par l'existence des COG

Le guide méthodologique pour l'application de la LOLF, commun au Gouvernement et au Parlement, distingue trois types d'indicateurs :

- les indicateurs d'efficacité, qui rapportent les résultats aux objectifs fixés ;
- les indicateurs d'efficience, qui rapportent les résultats aux moyens mis en œuvre ;
- et les indicateurs de qualité de service.

Or, comme on le perçoit d'ailleurs dans ces exemples, les objectifs et les indicateurs présentés dans les PQE pour 2008 ont visé surtout à apprécier l'efficacité, entendue de manière très globale comme l'atteinte des objectifs finaux d'une politique, au risque d'ailleurs de s'écarter de la lettre de la loi et des termes de « qualité et d'efficience ».

Ce parti a été justifié dans le document introductif pour 2007 : si « les PAP ont ainsi pour objet d'approcher la performance de la gestion publique [...] cette démarche relève des COG dans le champ de la LFSS ». La DSS en conclut que les PQE n'ont pas vocation à interférer

155. Aucun terme n'est indiqué pour traduire une présentation qui regroupe souvent (mais pas de manière systématique) plusieurs indicateurs au sein d'un même objectif.

dans la gestion des caisses de sécurité sociale et écarte donc, sauf exception¹⁵⁶, les objectifs et indicateurs d'efficience dans la gestion.

De fait, les COG, qui font d'ailleurs l'objet d'une annexe distincte jointe au PLFSS¹⁵⁷, contiennent déjà, pour les différentes branches du régime général et pour les régimes les plus importants, les indicateurs qui permettent de suivre la traduction en actions des orientations stratégiques fixées par accord entre les caisses et les tutelles. Un accent mis sur les objectifs de « qualité de service » ou sur le coût de gestion aurait conduit au moins pour partie à dupliquer sans profit des données déjà disponibles, avec en outre le risque d'une interférence dans un calendrier et un dialogue conventionnel bien établis.

Pour autant, d'autres indicateurs d'efficience sont concevables. Mais ils sont complexes à construire dès lors qu'ils sont limités au champ des dépenses financées par la sécurité sociale.

156. Quelques doublons existent entre les indicateurs inclus dans les PQE et ceux des COG : il en est ainsi en particulier pour le PQE financement, pour lequel trois indicateurs - et notamment le taux des restes à recouvrer - sont extraits de la COG passée entre l'Etat et l'ACOSS. D'autres, comme le coût de 100 € recouverts par le régime général, en sont transposés. C'est également le cas pour le PQE maladie, en ce qui concerne les indicateurs relatifs à la gestion du risque.

157. Le contenu de cette annexe (n° 2) a évolué, en répondant partiellement à la commission des finances de l'Assemblée nationale, qui avait demandé « pour une lecture croisée des deux annexes, que la structure de l'annexe 2 (soit) revue, afin d'être présentée par branche et non par génération de conventions d'objectif et de gestion ».

b) L'incidence de la démarche de « coordination ouverte »

Une autre raison, plus ponctuelle, de privilégier l'appréciation de l'efficacité a été le souhait d'inscrire les PQE dans la démarche européenne de « méthode ouverte de coordination »¹⁵⁸ (MOC). Plusieurs des objectifs et indicateurs associés retenus par les PQE sont dérivés de ces travaux : ainsi, l'objectif d'« assurer un niveau de vie adapté aux retraités » ou celui d'« accroître l'emploi des salariés âgés », la cible retenue étant même dans ce dernier cas commune aux États membres (que le taux d'emploi des personnes âgées de 55 à 64 ans dépasse 50 % en 2010). Il en est de même, en ce qui concerne l'incidence des politiques familiales sur le taux de pauvreté des ménages, ou pour plusieurs objectifs retenus dans le domaine de la santé.

C – Une mise en œuvre progressive

1 – Des données encore manquantes

De manière générale et tout particulièrement pour le choix des données de cadrage, ont été retenues des données ou des indicateurs déjà disponibles ou qui pouvaient l'être assez aisément afin d'assurer un renseignement rapide des PQE et d'en minimiser le coût de production.

De ce fait, le choix des indicateurs et des cibles, seulement esquissé pour 2007, est plus complet dans le PLFSS 2008, même si certains indicateurs ne sont pas encore produits en 2008.

Dans le cas de la gestion hospitalière par exemple, abordé dans le PQE maladie, seuls deux sous-indicateurs étaient renseignés en 2007, 11 indicateurs ou sous-indicateurs restant sans fiche descriptive ou sans données chiffrées. En 2008, sur les 14 indicateurs et sous-indicateurs relatifs aux secteurs hospitaliers, 12 font l'objet de données chiffrées.

158. Cette démarche consiste à décider en commun d'objectifs généraux dans le champ des politiques sociales et à les traduire en indicateurs comparables. Bien que la protection sociale ne relève pas des compétences de l'Union européenne, les chefs d'Etat et de Gouvernement réunis à Lisbonne en mars 2000 ont retenu le principe d'une coordination reposant sur une méthode commune : « les États membres s'accordent sur des thèmes [...] et sur les objectifs communs [...]. Les progrès des États membres dans la voie des objectifs ainsi déterminés font l'objet d'un suivi à l'aide d'indicateurs qui sont ainsi déterminés en commun ». Le comité de la protection sociale, qui regroupe des hauts fonctionnaires des États membres, a adopté en mai 2006 une liste d'indicateurs sociaux, destinés à mesurer les progrès dans les domaines suivants : accès aux soins, inclusion sociale et pensions. Cette démarche a en outre introduit une distinction (qui n'existe pas pour les PAP) entre indicateurs de contexte et indicateurs de performance, plus spécifiques aux politiques engagées.

Par ailleurs, un indicateur initialement envisagé en juin 2006 était le ratio rapportant la durée « cotisée » à la durée « validée ». Il n'a pas été renseigné. La commission des affaires sociales du Sénat a souhaité son remplacement par le nombre d'années validées « gratuitement » par les principaux régimes. Cet indicateur n'a pas encore été produit. Or, même si le dénombrement des trimestres validés « gratuitement » est en pratique relativement complexe à calculer, cette donnée apparaît particulièrement pertinente au regard de l'objectif « garantir la viabilité financière des régimes de retraite ».

Le tableau qui suit résume pour les six PQE les données fournies par catégories et témoigne de l'ampleur du travail engagé :

Nombre de données annexées au PLFSS pour 2008 par PQE

PQE	Indicateurs de cadrage (1)	Objectifs (2)	Sous-objectif (3)	(Sous) indicateurs associés (4)	Cibles chiffrées (5/4) (5)
Maladie	11	5	11	43	14 (33%)
AT-MP	14	3	7	15	0
Retraite	17	5	10	27	6 (22%)
Famille	14	3	7	15	3 (20%)
CNSA	7	4	-	11	0
Financement	14	5	6	24	5 (21%)
Total	77	25	41	135	25 (18%)

Source : Cour des comptes, à partir des PQE

Malgré quelques progrès entre les PQE pour 2007 et ceux présentés pour 2008, la définition des cibles chiffrées est encore très insuffisante : moins de 20 % des indicateurs. Et parmi eux, de nombreux indicateurs relatifs à la « soutenabilité financière » des branches ou aux recettes du PQE financement paraissent assez factices. Pour le reste, la plupart des indicateurs sont seulement accompagnés d'orientations encore vagues (évolution souhaitée « en hausse » ou « en baisse »).

De même, force est de constater que les PQE 2008, contrairement aux termes de la loi organique, ne contiennent encore ni présentation des moyens mis en œuvre pour atteindre les objectifs énoncés ni, dans nombre de cas, les résultats pluriannuels permettant de mesurer des évolutions.

2 – Des pratiques diverses selon les PQE

La présentation des annexes, désormais distinguées au sein d'un fascicule pour chaque PQE, a été voulue homogène. Pour autant, on note que les six PQE ne sont pas tous au même niveau d'élaboration.

L'effort en général accompli pour compléter les données par des comparaisons internationales n'a ainsi pas été fait pour le PQE relatif aux accidents de travail et aux maladies professionnelles (alors que de telles comparaisons pourraient justement mettre en évidence que la France connaît un taux d'accidents graves supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE et de l'Union européenne).

Enfin, on constate que le degré de concertation, par exemple avec les caisses nationales du régime général, a été très variable d'un PQE à l'autre : si la CNAF a été associée à la réflexion et à la sélection des objectifs et des indicateurs, en revanche la CNAMTS ne l'a été que très peu pour le PQE maladie.

Au total, des marges de progrès évidentes apparaissent, ne serait-ce que par la généralisation à tous les PQE des « meilleures pratiques », de concertation élargie ou de mobilisation des données existantes au plan international. Ces progrès resteront cependant trop limités s'ils ne s'accompagnent pas d'un réexamen plus approfondi.

II - Les améliorations à apporter aux PQE

Deux objectifs sont poursuivis par les PQE : la production d'une information synthétique et diversifiée, couvrant l'ensemble des politiques retracées dans les PLFSS, d'une part ; et d'autre part la définition d'objectifs et de cibles susceptibles de mobiliser les acteurs de ces politiques, dans leur diversité. Pour chacun de ces deux objectifs, des marges de progrès peuvent être mises en évidence.

A – Mieux distinguer les données de cadrage des objectifs

Un premier progrès serait de mieux séparer les données à visée informative de celles qui relèvent d'objectifs fixés aux caisses nationales ou à leurs tutelles.

D'une manière générale, ne devraient figurer dans la deuxième partie (« objectifs-résultats ») de chaque PQE que des indicateurs susceptibles d'actions correctives menées par le ou les responsables et conduisant à des résultats mesurables. Or bien souvent, les leviers,

permettant aux responsables désignés d'agir, paraissent limités ou de très long terme : ainsi pour « le taux d'emploi (comparé) des femmes et des hommes de 15 à 64 ans », inséré dans le PQE famille ; ou pour l'âge effectif du départ à la retraite, inclus dans le PQE retraite comme relevant de la responsabilité de la CNAVTS. Il conviendrait que ces indicateurs, dès lors que le lien avec l'action des administrations et organismes responsables est trop indirect ou trop lointain, soient considérés comme des données de cadrage et renvoyés dans la première partie.

En outre, l'inclusion de données figurant dans les deux parties devrait s'accompagner d'une exigence plus forte, en ce qui concerne leur fiabilité. Or on constate dans quelques cas que cette rigueur est insuffisante. Ainsi, les résultats de l'indicateur du PQE maladie relatif au « taux d'atteinte des objectifs conventionnels en matière de maîtrise médicalisée » sont fournis par la CNAMTS, alors que la DSS les a surévalués¹⁵⁹.

B – Donner un contenu plus opérationnel aux PQE

L'objectif principal, pour les indicateurs des PQE comme pour ceux de la LOLF, ne se limite pas à améliorer l'information, mais est bien de contribuer à accroître la performance des politiques publiques. Leur apport réel dépend cependant d'une démarche d'ensemble : analyse stratégique préalable et définition d'objectifs suffisamment précis et opérationnels, choix d'indicateurs pertinents, enfin équilibre entre les actions visant l'efficacité et celles visant l'efficience.

1 – Des priorités stratégiques mieux explicitées

Les différents PQE ont identifié des objectifs, que l'on peut qualifier de « stratégiques », mais qui correspondent en réalité plus à des grands domaines d'action qu'à des choix politiques formalisés. Les options qui pourraient définir une véritable stratégie de branche ne sont pas explicitées : pour ne donner qu'un exemple emprunté au PQE accidents de travail, faut-il différencier le niveau des cotisations selon leur fréquence ou plutôt développer la prévention en entreprises ? Les indicateurs cités à l'appui de cet objectif (dans le PQE AT-MP) illustrent certes ces deux différents aspects, mais sans qu'ils soient articulés dans une vision d'ensemble comportant la définition de priorités.

La démarche des PQE n'a pu encore, dans son état actuel, se fonder sur une analyse stratégique ministérielle ou de branche. Il conviendrait donc qu'une telle stratégie soit explicitée.

159. Cf. chapitre II relatif à l'ONDAM.

En second lieu, cette stratégie ne peut être mise en œuvre que si elle est déclinée sous la forme d'objectifs et de sous-objectifs bien définis et dont la réalisation peut être suivie de manière précise. Or tel n'est pas le cas à ce jour.

On peut même envisager que certains au moins des objectifs ou des sous-objectifs fassent l'objet d'une déclinaison par opérateurs ou par territoires. Une description de la chaîne de décisions, destinée à mettre en œuvre les objectifs généraux, paraîtrait également pouvoir compléter de manière utile la présentation actuelle.

2 – Des progrès attendus dans le choix des indicateurs et la détermination des cibles

Les indicateurs retenus (et encore plus nettement les cibles fixées) traduisent souvent de manière encore décevante les enjeux des branches. Ainsi, en ce qui concerne l'accès à l'offre de garde pour la petite enfance (suivis dans le PQE famille, dont il constitue une des dimensions essentielles) : l'un des indicateurs relatifs à l'offre, très global, se voit fixer une cible correspondant aux normes européennes mais nettement inférieure au niveau déjà atteint, alors que l'objectif national est bien de progresser dans l'accueil des jeunes enfants.

Autre exemple de l'incohérence des cibles affichées, la cible associée à l'indicateur de l'ONDAM, dans le PQE maladie, est que le dépassement de l'ONDAM n'aille pas au-delà de 0,75 %, ce qui paraît contradictoire avec la nécessité de respecter le vote du Parlement¹⁶⁰.

De manière générale, on relève une réflexion encore très insuffisante sur le lien entre les indicateurs, les cibles et les capacités des responsables identifiés à progresser dans la direction retenue.

Certes, le choix des indicateurs associés aux objectifs est destiné à évoluer. Mais il conviendrait que cette évolution soit accompagnée par une instance d'appui méthodologique afin d'améliorer le contenu des PQE. Il pourrait être envisagé par exemple de s'inspirer de l'expérience acquise dans les autres domaines de la gestion publique par le comité interministériel d'audit des programmes (CIAP), constitué pour évaluer périodiquement dans le cadre de la LOLF le découpage des programmes et actions, le choix des objectifs et indicateurs associés et la qualité et la fiabilité des données chiffrées produites. Un organisme analogue au CIAP pourrait remplir ce type de mission pour les PQE.

160. Cf. chapitre II relatif à l'ONDAM.

3 – Développer les indicateurs d'efficience

La volonté déjà signalée de démarquer les PQE des COG s'est traduite par une prédominance des indicateurs d'efficacité. Or l'appréciation de la performance gagne à associer des indicateurs complémentaires, certains relatifs à l'efficacité, d'autres relatifs à l'efficience (on peut en effet considérer pour simplifier que la préoccupation de qualité correspond tantôt à la recherche d'efficacité, tantôt à la recherche d'efficience).

Certes, les COG signées entre les caisses nationales du régime général et des principaux autres régimes couvrent une large partie de ces aspects. Mais certains indicateurs d'efficience, qui ne relèvent pas des COG, paraîtraient très utiles. Ainsi, s'agissant de l'offre de places pour la petite enfance, un indicateur (n° 3-3) compare les taux d'effort des familles selon les modes de garde. Les écarts de coûts selon ces mêmes modes, quant à eux, ne sont que signalés dans un simple indicateur de cadrage (n° 9 relatif au « coût des différents modes de garde pour les finances publiques »), ce qui semble implicitement donner à penser que le principe du « libre choix » conduit à considérer comme seconde la question de l'efficience de ces modes de garde.

De même pour les indicateurs relatifs aux politiques de prévention, incluses dans le PQE maladie : la mise en regard des moyens, d'ailleurs expressément prévue par la loi organique, compléterait utilement les données fournies sur certains de ces objectifs.

SYNTHESE

La loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a engagé une démarche allant au-delà du seul souci de lisibilité de l'action publique et de meilleure accessibilité des données et visant en particulier « à introduire une démarche objectifs-résultats (...) en s'inspirant de la démarche introduite par la loi organique relative aux lois de finance (LOLF) ». Comme pour cette dernière, la mise en œuvre d'une telle réforme est nécessairement progressive.

Cependant, pour atteindre les objectifs affichés et afin que les PQE ne restent pas des documents d'information synthétisant pour le Parlement des données disponibles par ailleurs, des progrès sont nécessaires : pour décliner les objectifs stratégiques en objectifs opérationnels, pour mieux décrire les chaînes de responsabilités et définir des cibles plus précises et mobilisatrices. Un accent moins exclusif sur les indicateurs d'efficacité permettrait en outre de donner sa place à la recherche d'une plus grande efficience.

RECOMMANDATIONS

17. *Décliner les orientations générales des PQE en objectifs précis et opérationnels, pouvant faire l'objet d'un suivi.*

18. *Décrire pour chaque objectif la contribution de chacun des acteurs concernés aux décisions et à la mise en œuvre.*

19. *Compléter les indicateurs d'efficacité par des indicateurs d'efficience qui ne soient pas redondants avec ceux des COG.*

20. *Prévoir une mission d'appui méthodologique pour améliorer les objectifs et indicateurs des PQE.*
