

Palais des Congrès, Paris

Lundi 5 et Mardi 6 mars 2007

2nd forum
des Conventions
d'Objectifs et de Gestion



Forum des organismes de sécurité sociale organisé par :

- Le ministère de la santé et de la solidarité
- Le ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille
- La caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- La caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
- La caisse nationale des allocations familiales
- L'agence centrale des organismes de sécurité sociale
- La caisse centrale de la mutualité sociale agricole
- La caisse nationale du régime social des indépendants
- L'union des caisses nationales de sécurité sociale
- L'école nationale supérieure de sécurité sociale

SOMMAIRE

OUVERTURE5

Dominique LIBAULT, *directeur de la Sécurité sociale*

« LES FRANÇAIS ET LA SECURITE SOCIALE »7

Laurent CAUSSAT, *DREES, ministère de la santé et des solidarités*

Table ronde

LA SECURITE SOCIALE DANS LE MOUVEMENT DE MODERNISATION DU

SERVICE PUBLIC 11

- Où en sommes-nous dans le processus de modernisation de la Sécurité sociale avec la 3ème génération de COG ?
- Quel bilan peut-on faire de dix ans de COG ?
- Où se situe la Sécurité sociale dans le mouvement général de modernisation du service public ?

Intervenants :

Claude ROCHET, *professeur associé à l'Institut de management public Université Aix-Marseille III,*

Frédéric VAN ROEKEGHEM, *directeur général de la CNAMTS*

Jean-Louis HAURIE, *directeur chargé d'évaluation à la CNAF*

Rolande RUELLAN, *conseiller maître à la Cour des comptes*

Table ronde

ENJEUX ET LEVIERS DE LA PERFORMANCE 22

En comparant les approches de différentes structures – au sein de l'État, du service public social, du privé – quels sont les leviers essentiels d'amélioration de la performance et les conditions de réussite des projets ?

- En particulier, quelle est la place de leurs « ressources humaines » et de leurs « cadres dirigeants » ?
- Quels sont les leviers disponibles au sein de la Sécurité sociale ?

Intervenants :

Jean BASSÈRES, *secrétaire général du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie,*

Christian CHARPY, *directeur général de l'ANPE*

Benoît LECLERCQ, *directeur général de l'AP-HP*

Christian POIRIER, *conseiller du président de la Société Générale*

Emmanuèle JEANDET-MENGUAL, *présidente du comité des carrières des agents de direction du régime général de la Sécurité sociale*

Intervention

Philippe BAS, *ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille*

Table ronde

NOUVELLES ATTENTES, NOUVEAUX DEFIS----- 41

Les grands défis qui vont interpeller et conditionner l'évolution de la Sécurité sociale : vieillissement de la population, finances publiques, construction européenne, nouveaux besoins sociaux.

Intervenants :

Raoul BRIET, *président du conseil de surveillance du fonds de réserve des retraites*

Martin HIRSCH, *président d'Emmaüs France,*

Philippe GEORGES, *directeur de la CNAF*

Jérôme VIGNON, *directeur de la protection sociale et de l'intégration sociale de la Commission européenne*

SYNTHESE SUR LES ENSEIGNEMENTS DES ATELIERS DU LUNDI APRES-MIDI----- 54

Pierre RICORDEAU, IGAS, ministère de la santé et des solidarités

Table ronde

PREPARER LA SECURITE SOCIALE DE DEMAIN----- 59

- Comment préserver les valeurs et garantir les missions de la Sécurité sociale face aux défis de demain ?
- Comment le service public de la Sécurité sociale doit-il s'organiser pour préparer les défis à venir ?

Intervenants :

Claude ÉVIN, *ancien ministre de la santé, député de Loire-Atlantique*

Yves BUR, *vice-président de l'Assemblée nationale*

Gérard PELHATE, *président du conseil central d'administration de la CCMSA*

Pierre BURBAN, *président du conseil d'administration de l'ACOSS*

Jean-Louis DEROUSSEN, *président du conseil d'administration de la CNAF*

Michel REGEREAU, *président du conseil de la CNAMTS*

Gérard QUEVILLON, *président du conseil d'administration du RSI*

CONCLUSIONS----- 73

Claude BIGOT, *directeur de l'EN3S*

Philippe RENARD, *directeur de l'UCANSS*

SYNTHESES DES ATELIERS----- 76

Atelier 1----- 76

La présence de la Sécurité sociale sur les territoires

Président : Yves HUMEZ, *directeur général de la CCMSA*

Atelier n°2----- 82

La mutualisation

Président : Jean-Luc TAVERNIER, *directeur de l'ACOSS*

Atelier 3	88
Les nouveaux services	
Président : Patrick HERMANGE, <i>directeur de la CNAVTS</i>	
Atelier 4	95
Droits et responsabilités des usagers	
Président : Gilles HUTEAU, <i>directeur de la CPAM de l'Allier</i>	
Atelier 5	105
La mondialisation et la liberté de circulation	
Président : Dominique LIBAULT, <i>directeur de la Sécurité sociale</i>	
Atelier 6	112
La coopération internationale	
Présidente : Agnès PLASSART, <i>directrice du GIP santé – protection sociale</i>	
Atelier 7	117
L'innovation, la recherche et l'expérimentation	
Président : Jean-Louis BUHL, <i>contrôleur budgétaire et comptable ministériel du ministère de l'outre-mer</i>	
Atelier 8	124
La mesure de la performance	
Présidente : Marie-Caroline BONNET-GALZY, <i>secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales</i>	
Atelier 9	130
La responsabilité sociale de l'institution	
Présidente : Nicole NOTAT, <i>présidente de VIGEO</i>	
Atelier n° 10	134
L'offre de services à destination des publics les plus fragiles	
Président : Bertrand FRAGONARD, <i>président de la 2ème chambre à la Cour des comptes</i>	
 Débats animés par Jean-Francis PÉCRESSE, journaliste aux Échos	

LUNDI 5 MARS 2007

QUELLE PERFORMANCE ET QUELS LEVIERS POUR LE SERVICE PUBLIC DE LA SECURITE SOCIALE ?

OUVERTURE

Dominique LIBAULT – Directeur de la Sécurité sociale

Je suis très heureux de vous accueillir aujourd'hui pour cette réunion au nom de la direction de la Sécurité sociale, mais aussi de l'ensemble des caisses nationales, tous régimes confondus, puisque c'est tous ensemble que nous avons préparé ce forum, qui est la seule manifestation de ce genre, c'est-à-dire réunissant l'ensemble des dirigeants locaux et nationaux du service public de la Sécurité sociale.

Pourquoi ce deuxième forum en mars 2007 ? D'abord parce que le premier s'appelait « Premier Forum », il en appelait donc un second. Cette idée de succéder à un premier forum ouvre la première dialectique de cette rencontre, celle de la continuité et de l'évolution. Que voulons-nous préserver ? Quelle continuité ? Quelles évolutions du service public de la Sécurité sociale ?

La continuité tout d'abord. C'est une valeur importante pour la Sécurité sociale. Continuité des outils : nous travaillons depuis plus de 10 ans avec ces outils que sont les conventions d'objectifs et de gestion. Cette continuité est en soi une preuve que cet outil fonctionne. On peut constater aujourd'hui les progrès très substantiels réalisés par le service public de la Sécurité sociale. Je profite de l'occasion qui m'est donnée pour remercier tous ceux qui le font fonctionner au quotidien. C'est une grande satisfaction, lorsqu'on s'occupe de ces sujets, de voir les progrès indéniables qui ont été réalisés au cours des années.

Cette continuité est importante par rapport à ce que nous apprennent les expériences étrangères de « modernisation de la gestion publique ». On observe qu'elles sont diverses, mais qu'elles ont un facteur commun : la continuité dans leur propre démarche. Sans continuité, il est impossible de réussir.

Continuité enfin parce que notre outil est marqué par la dimension temporelle. Cette dimension n'est pas celle du temps politique. Lorsqu'on est un service public, une des clés de la réussite est d'arriver à articuler le temps du politique et le temps du gestionnaire, qui ne sont pas spontanément les mêmes et qui ont tous deux leur légitimité. Le politique a besoin de réactivité pour pouvoir mettre en œuvre rapidement des orientations générales. Le gestionnaire a besoin de temps pour mettre en œuvre la performance. Un des enjeux de la convention d'objectifs et de gestion est d'arriver à articuler au mieux ces deux temps.

L'évolution ensuite, puisqu'il ne s'agit pas de s'endormir sur ses lauriers. Il s'agit de repenser sans arrêt notre évolution selon plusieurs facteurs.

Le premier facteur est l'évolution de la demande sociale. Un service public social ne peut pas être performant s'il ne s'interroge en permanence sur l'évolution de cette demande sociale. La population évolue, elle vieillit, ses demandes changent. Il s'agit d'évoluer avec elle.

Le deuxième facteur réside dans le fait que la Sécurité sociale prend une place de plus en plus importante dans les politiques publiques. En masses financières, l'ensemble de la Sécurité sociale représente 400 milliards d'euros. Cela implique des attentes, voire des contraintes, de plus en plus importantes. Penser la Sécurité sociale aujourd'hui n'est pas simplement penser la Sécurité sociale par rapport à la gestion des risques classiques, mais penser son rapport aux grands enjeux des autres politiques publiques que sont l'emploi, la compétitivité, l'Europe, les finances publiques, la modernisation de l'État, et beaucoup d'autres enjeux encore. Je suis frappé, en tant que directeur de la Sécurité sociale, quand je constate qu'en 2006, ma direction a été associée à environ 365 réunions interministérielles à Matignon. Cet exemple montre à quel point la Sécurité sociale est devenue interministérielle et porte des enjeux qui la dépassent, des enjeux de l'ensemble des politiques publiques.

Première dialectique donc, continuité et évolution. Au-delà de ce premier couple, cette rencontre doit interroger une deuxième dialectique qui est celle de la spécificité de la modernisation de la Sécurité sociale par rapport à sa nécessaire cohérence avec l'ensemble des évolutions du secteur public.

Être en phase avec l'ensemble des évolutions du secteur public est évidemment essentiel. La Sécurité sociale ne peut pas se concevoir seule aujourd'hui, mais elle doit se concevoir comme en marche avec l'ensemble de la gestion publique, car elle a des impacts sur l'ensemble du secteur public. Une partie de ce forum sera consacrée à l'écoute de démarches qui se font par ailleurs. Cette ouverture est particulièrement utile est nécessaire.

Il s'agit aussi de regarder ailleurs, dans le privé ou dans le public, d'autres modes de management, d'autres modes de gestion de la performance.

Bien sûr, ce ne doit pas être à l'encontre de la recherche de ce qui fait le contenu de la performance propre du service public de la Sécurité sociale. Ce contenu est évidemment commandité par la finalité du service public de la Sécurité sociale, c'est-à-dire un service public au service de la solidarité. C'est pour cette raison que nous avons intitulé ce forum « Solidarité et performance », la performance au service de la solidarité.

Cela détermine en partie ce qu'est la performance attendue de la Sécurité sociale. Mais les valeurs de solidarité sont aussi une aide dans le pilotage et le management.

On insiste souvent, et pas toujours à tort, sur les handicaps de la gestion publique par rapport au privé. Certains évoquent la lourdeur, l'insuffisance des outils, l'absence de concurrence. Mais on oublie, je crois, l'atout potentiel considérable de la gestion publique, notamment de la Sécurité sociale, qui est que cette gestion a un sens. A l'heure où tout le monde s'accorde à reconnaître que la gestion des ressources humaines, la motivation des équipes, l'intérêt au travail, sont un enjeu essentiel de la performance, la Sécurité sociale dispose, par les valeurs et les enjeux qu'elle porte, d'un atout essentiel pour motiver ses équipes, pour atteindre ses objectifs de performance.

« Solidarité et performance » ce n'est pas simplement la performance au service de la solidarité, mais c'est aussi la solidarité comme outil de la performance. J'en viens là à la troisième dialectique au cœur de ce forum : la mixité de la Sécurité sociale, avec la spécificité de chacun des réseaux au regard la complémentarité de ces réseaux.

Vous vivez tout au long de l'année dans un réseau particulier (recouvrement, famille, vieillesse, maladie, MSA, RSI, etc.). Mais un des enjeux de ce forum est de rappeler que la Sécurité sociale est une dans sa philosophie (protéger contre les risques de l'existence), dans son organisation (un service public organisé en caisses nationales et de base), dans son droit, dans ses comptes, dans son histoire, dans son rapport avec l'État. Ce qui pourrait être un danger un jour pour la Sécurité sociale, serait d'oublier cette unité qui est la clé de son identité.

C'est une des raisons pour lesquelles la Sécurité sociale doit en permanence se rappeler la complémentarité de l'ensemble des actions des réseaux.

Cette complémentarité me semble aujourd'hui plus évidente que jamais. Tous les sujets que nous explorerons au cours de ces trois demi-journées le montrent. Ce sont des sujets sur lesquels s'il n'y a pas complémentarité, la Sécurité sociale ne sera pas à la hauteur des attentes de nos concitoyens. Et nous sommes attendus sur ce point, notamment par les parlementaires.

J'évoquerai rapidement les thèmes des ateliers qui ont été déterminés en commun avec l'ensemble des caisses :

- Les territoires, car une des exigences de tout service public est de repenser son rapport à la proximité ;
 - La mutualisation au sein d'un réseau et entre branches, indispensable à la productivité, mais aussi à la qualité du service ;
 - Les nouveaux services, autorisés par les nouvelles technologies et attendus pour mieux guider l'assuré social dans l'accès effectif aux droits, qu'ils soient familiaux, d'accès aux soins ou de retraite ; la question de l'accès aux droits effectifs me semble une des questions qui interrogent le plus la gestion du service public de la Sécurité sociale dans les années à venir ;
 - Le rapport entre droits et responsabilités des usagers. Non, la Sécurité sociale n'est pas uniquement un guichet, c'est un système de responsabilités et de solidarités collectives qui exige l'implication de chacun à hauteur des droits accordés ;
 - La mondialisation et la liberté de circulation ; la Sécurité sociale ne peut plus se concevoir et se gérer à l'intérieur de nos seules frontières nationales ;
 - La coopération, si l'on souhaite que la Sécurité sociale ne reste pas l'apanage de quelques pays développés ;
 - L'expérimentation et la recherche ; la Sécurité sociale est aussi et doit demeurer un terrain d'innovation, ce qui interpelle notamment la relation entre les têtes de réseau et les caisses de base ;
 - Les indicateurs de la performance, outils indispensables, mais à manier avec précaution ;
 - La responsabilité sociale de l'institution, un des nouveaux territoires que nous voulons défricher.
- Le sujet du développement durable interpelle l'ensemble des acteurs de la gestion privée et publique, mais aussi la Sécurité sociale ; être un service public social, c'est aussi se poser la question de sa propre responsabilité sociale dans sa gestion ;
- Les publics fragiles enfin, pour nous rappeler une des attentes fondamentales par rapport au service public de la Sécurité sociale.

Nous avons tenu à ce qu'il y ait, comme pour le premier forum, une partie en séance plénière, et une partie en atelier afin de réfléchir plus en profondeur sur certains thèmes et plus en interactivité.

Il ne me reste qu'à vous remercier tous de votre participation, que j'espère la plus active possible. Je remercie particulièrement tous les intervenants, de la Sécurité sociale et d'ailleurs. Je crois vraiment pouvoir dire que nous bénéficions d'un plateau exceptionnel par sa qualité, sa richesse, sa diversité, tant en séance plénière que dans les ateliers. J'espère que vous repartirez de ces journées non pas nécessairement avec des réponses, mais avec des questionnements, des réflexions, des pistes nouvelles qui vous donneront encore plus envie de contribuer de façon active à la vitalité du service public de la Sécurité sociale. Service public non pas figé dans le passé, mais bien atout pour la France de demain. Je suis en tout cas persuadé que tous ceux qui font marcher la Sécurité sociale au quotidien ont des choses à dire et doivent être des acteurs très présents de la réflexion actuelle et à venir de la Sécurité sociale.

Enfin, j'espère que vous ne m'en voudrez pas si je dédie cette rencontre à la mémoire d'André FITO, qui nous a quittés il y a quelques semaines et qui a été, du début de l'aventure COG jusqu'à la préparation de ce forum, un partenaire incomparable, extrêmement précieux, constant et fidèle.

« LES FRANÇAIS ET LA SECURITE SOCIALE »

Laurent CAUSSAT, DREES, ministère de la santé et des solidarités

Je suis honoré d'avoir été invité à m'exprimer devant vous pour essayer de vous faire toucher du doigt la diversité des relations que les Français entretiennent avec la Sécurité sociale, du moins à en juger par les réponses que des échantillons représentatifs d'entre eux ont faites à des questions qui leur ont été posées par divers instituts de sondage au cours des dernières années.

La DREES réalise chaque année depuis 2000 une enquête dite « barométrique » dans laquelle nous interrogeons des Français sur leurs opinions générales à l'égard de la Sécurité sociale et sur certaines questions d'actualité sociale. Je vais m'appuyer sur cette enquête et sur quelques autres pour tenter de faire ressortir les grands traits de l'appréciation que les Français portent sur la Sécurité sociale.

Il convient au préalable d'être modeste quant à la pertinence de ces protocoles d'enquêtes d'opinion pour saisir la vérité des aspirations des Français à l'égard de la Sécurité sociale. Il faut certainement à tout le moins confronter les résultats que nous donnent ces enquêtes avec d'autres sources de connaissance, et il me semble d'ailleurs que vous aussi, les dirigeants des organismes de Sécurité sociale, êtes dans votre fonction d'accueil et d'écoute des assurés, d'excellents connaisseurs des attentes des Français à l'égard de vos institutions.

Quoiqu'il en soit, pour essayer de cerner la diversité des opinions des Français à l'égard de la Sécurité sociale, il semble important d'opérer d'emblée certaines distinctions fondamentales.

Tout d'abord, la Sécurité sociale est une institution qui renvoie à des valeurs fondamentales de notre République. Lorsqu'on évoque devant eux la Sécurité sociale, on peut escompter que les Français ont en tête ces valeurs fondamentales.

Mais la Sécurité sociale, ce sont aussi des politiques qui, à un moment donné, font vivre ces valeurs d'une certaine manière, et il faut sans doute s'attendre à ce que le consensus entre les citoyens soit plus large sur les valeurs fondamentales de la Sécurité sociale que sur chacune des politiques qui ambitionnent d'implanter concrètement ces valeurs dans notre société.

La Sécurité sociale peut enfin être aussi vue comme une institution qui rend des services effectifs aux assurés, qu'il s'agisse de l'attribution de prestations ou du recouvrement des prélèvements sociaux. Une forte adhésion aux valeurs de la Sécurité sociale et une vision claire des politiques sociales les plus appropriées à un moment donné, n'empêchent pas de surcroît l'expression d'une diversité d'appréciations des assurés quant à la qualité des services qui leur sont dispensés in concreto.

En commençant par les valeurs portées par la Sécurité sociale, je ne vous surprendrai pas en vous disant qu'une très large majorité de Français manifeste un fort attachement à la Sécurité sociale. Interrogés en 2005 dans un sondage commandé par le Ministère à l'occasion du soixantième anniversaire de la Sécurité sociale, 90 % des Français approuvaient tout à fait ou plutôt l'opinion selon laquelle la Sécurité sociale est indispensable à la solidarité entre les Français.

Qu'est-ce que la solidarité ? Selon certains auteurs comme Messieurs BORGETTO et LAFORE, auteurs d'un ouvrage sur la République Sociale, c'est l'appellation rénovée que nous donnons aujourd'hui à la fraternité, troisième valeur de notre devise républicaine. Il n'est donc pas douteux que cette adhésion presque unanime à la Sécurité sociale comme instrument essentiel à la solidarité témoigne de façon éclatante de la reconnaissance du caractère social de notre République.

Certes, on peut noter quelques nuances entre groupes sociaux. L'adhésion à cette fonction de solidarité de la Sécurité sociale paraît légèrement plus forte chez les catégories sociales les plus aisées et, ce qui se comprend bien, chez les retraités, que chez les employés et les ouvriers. Peut-être est-ce là une réminiscence des réticences historiques du mouvement ouvrier français à l'égard de la protection sociale. Mais ce sont là des considérations historiques qui éloignent du sujet de ce matin.

Au-delà de cette adhésion générale aux valeurs de solidarité, on peut mesurer l'attachement des Français à la Sécurité sociale à travers une question posée régulièrement dans le baromètre de la DREES sur l'hypothèse d'une remise en cause du caractère public des régimes d'assurance maladie et de retraite. Huit Français sur dix interrogés en 2006 souhaitent le maintien dans la sphère publique de nos régimes sociaux. Si cet attachement au caractère public de la couverture des grands risques sociaux est légèrement plus faible parmi les non salariés, on se situe cependant à un très haut niveau d'approbation.

De même, plus de six Français sur dix voyaient d'un mauvais œil la mise en concurrence des caisses d'assurance maladie avec les assurances privées, car « cela créerait un système de protection sociale à deux vitesses ». A nouveau, cet attachement à la Sécurité sociale connaît quelques contrastes selon les groupes sociaux, mais reste très fort.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans le soutien que les Français apportent à la Sécurité sociale telle qu'elle est organisée aujourd'hui, c'est qu'il tend à augmenter au cours des dernières années, du moins tel que nous le mesurons dans le baromètre de la DREES. Tant le soutien au caractère public des grands régimes sociaux que le rejet de la mise en concurrence des caisses d'assurance maladie ont progressé de dix à quinze points dans l'opinion entre 2000 et 2006.

Un autre trait majeur de l'adhésion des Français à l'organisation actuelle de la Sécurité sociale est l'importance du soutien à l'idée d'une couverture sociale universelle et non conditionnée à un effort contributif personnel. 84 % des Français interrogés en 2006 affirment ainsi que le droit à la couverture maladie doit être garanti à tous. Cette proportion est certes moins forte pour la couverture vieillesse, 70 %, ou chômage, 60 %, où sans surprise, une minorité significative appuie le maintien du caractère essentiellement contributif de ces régimes. L'universalité des allocations familiales obtient également le soutien de deux Français sur trois, avec dans ce cas, une minorité de 20 % qui préconisent un ciblage de ces prestations sur les familles les plus pauvres. Dans ce domaine aussi, la tendance de l'opinion est à l'augmentation de ce soutien à l'universalité. Cependant, et sans vouloir tempérer l'enthousiasme qui a jusqu'à présent marqué cette présentation, lorsqu'on les interroge sur les priorités de l'action publique, les Français citent le plus fréquemment des enjeux autres que ceux sanitaires et sociaux. L'enquête de L'Institut Paul DELOUVRIER sur les services publics et leurs usagers, réalisée en novembre 2006, montre ainsi que la santé apparaît au troisième rang de ces priorités derrière l'emploi et l'éducation. Le logement et la Sécurité sociale viennent quant à eux, en cinquième et sixième position sur huit, derrière l'environnement.

Si l'on essaie de résumer les traits structurants de l'opinion à l'égard des valeurs portées par la Sécurité sociale, on peut identifier un attachement confirmé des Français à la Sécurité sociale, une progression du soutien à une couverture sociale universelle, mais un degré moyen de priorité attribué à la santé et à la protection sociale dans l'action publique.

Ceci peut apparaître paradoxal et appelle quelques commentaires complémentaires. D'un côté, les inégalités d'accès aux soins sont perçues comme particulièrement inacceptables relativement à d'autres inégalités comme celles tenant au fait d'avoir ou non un emploi, mais de l'autre, les Français estiment que ce sont aussi les inégalités les moins répandues, d'où sans doute, la cohérence entre le fait d'affirmer un très fort attachement à la protection sociale et celui de ne pas conférer au sanitaire et au social un très haut degré de priorité de l'action publique.

Mais la Sécurité sociale, ce n'est pas seulement des valeurs, c'est aussi des politiques qui les font vivre. Naturellement, il y a toute chance que l'adhésion aux politiques de Sécurité sociale mises en œuvre à un moment donné soit plus faible que l'approbation des valeurs fondamentales. En particulier, un des points qui divisent l'opinion est celui du jugement sur le poids des dépenses de protection sociale dans la richesse nationale. Une courte majorité, 56 % des Français, juge ainsi que la part du produit intérieur brut consacrée aux dépenses sociales est normale ; un peu plus de 20 % pensent qu'elle est insuffisante ; 15 % pensent qu'elle est excessive.

Sur ce point, des clivages importants apparaissent entre groupes sociaux. Plus de 25 % des ouvriers et des employés pensent que la part des dépenses sociales dans le produit intérieur brut est insuffisante, alors que seuls 12 % des professions libérales, des cadres supérieurs ainsi que des agriculteurs sont d'un avis identique. Il est à souligner que cette opinion sur le poids insuffisant de la protection sociale en part de la richesse nationale a nettement diminué, de près de dix points depuis le début de la présente décennie.

De même, la disposition à cotiser davantage pour assurer le financement de la couverture des risques sociaux s'oriente à la baisse depuis quelques années, quel que soit le risque concerné.

C'est en particulier dans le domaine des politiques de Sécurité sociale menées depuis quelques années que les avis sont les plus partagés. Deux Français sur trois pensent que dans un pays développé, il est normal que l'on dépense de plus en plus pour la santé, mais cette proportion était de trois quarts en 2000.

44 % des Français préfèrent un allongement de la durée de cotisation ou un recul de l'âge de la retraite pour réformer le système de retraite. 19 % préfèrent une hausse des cotisations à la charge des salariés et 4 % une diminution des pensions versées aux retraités. 30 % ne mentionnent aucune de ces mesures ou ne savent pas. Il existe donc à la fois un certain soutien à l'orientation retenue dans la dernière réforme des retraites et un noyau important de Français qui refusent toutes les mesures d'ajustement des paramètres des régimes de retraite qui leur sont proposées et qui imposent un effort aux assurés.

36 % des Français considèrent que l'objectif prioritaire de la politique familiale est de permettre aux familles de mieux se loger. Ceci est une évolution tout à fait récente.

Enfin, 85 % des Français jugent que le Revenu Minimum d'Insertion doit être soumis à des contreparties en termes d'insertion. Cette proportion a progressé depuis 2000, de dix points environ. C'est une opinion qui imprègne de plus en plus fortement l'appréciation du public sur ce dispositif.

Au total, quatre enseignements principaux se dégagent de ces jugements sur les politiques de Sécurité sociale :

- L'opinion publique est beaucoup plus partagée sur les politiques sociales que sur les valeurs portées par la Sécurité sociale ;
- Elle exprime de façon croissante des réserves quant à la hausse du budget social de la Nation et des prélèvements sociaux ;
- Le logement paraît constituer aujourd'hui une priorité sociale majeure ;
- On note un recul des opinions que l'on peut qualifier « d'iréniques », comme « il est normal que l'on dépense de plus en plus pour la santé », et une consolidation d'une exigence de contrepartie aux droits sociaux.

Si je me risquais à une interprétation plus personnelle, je dirais que l'opinion semble demandeuse d'une plus grande rigueur dans la gestion de la Sécurité sociale autour de l'idée d'une attention plus marquée aux coûts, notamment dans le domaine de la santé. Elle paraît appeler de ses vœux un équilibre entre les droits sociaux consentis aux assurés et les devoirs de chacun de participer à l'équilibre d'ensemble, non seulement par ses contributions, mais aussi par des comportements responsables de recours aux prestations. Mais, comme nous l'avons vu, les Français sont par ailleurs de plus en plus attachés à une couverture universelle. Il y a donc là un domaine dans lequel tout l'art de nos responsables politiques va trouver à s'employer pour trouver le point d'équilibre entre les adaptations auxquelles nos concitoyens semblent prêts et la préservation de l'égalité d'accès à la couverture sociale.

- La Sécurité sociale, c'est enfin un ensemble de services rendus aux usagers sur la qualité desquels ils sont appelés à se prononcer.

Lorsqu'on la compare aux autres grands services publics, la Sécurité sociale paraît tout à fait bien placée dans l'opinion des Français. Selon l'enquête de l'Institut Paul DELOUVRIER, les services publics de santé et de Sécurité sociale arrivent juste derrière la police et la gendarmerie pour l'appréciation des Français quant à la qualité des services rendus. Ils devancent nettement l'éducation nationale, la justice, les services fiscaux et les services publics de l'emploi.

Au sein des services publics sanitaires et sociaux, et selon le baromètre de la DREES, les établissements d'hospitalisation arrivent en tête dans le jugement des Français, suivis des caisses primaires d'assurance maladie puis des caisses d'allocations familiales, tandis que les services publics de l'emploi figurent en queue.

Cela n'empêche pas que l'opinion a des attentes fortes d'amélioration du rapport qualité / prix des services rendus par les organismes de Sécurité sociale. Dans le sondage réalisé en octobre 2005 à l'occasion du soixantième anniversaire de la Sécurité sociale, 45 % des Français jugeaient « que la Sécurité sociale est trop coûteuse par rapport aux services qu'elle rend », et dans le baromètre de la DREES de mars - avril 2006, 85 % des Français jugent que les dépenses de santé sont trop élevées car le système n'est pas bien géré. Cette dernière opinion est d'ailleurs en progression au cours des dernières années. Au passage, on remarque que se manifeste sans doute ici une confusion assez commune dans l'esprit public entre la Sécurité sociale en général et le système de santé et d'assurance maladie en particulier, le terme « Sécurité sociale » signifiant pour beaucoup de personnes interrogées la seule assurance maladie.

La Sécurité sociale est ainsi le service public pour lequel, selon l'enquête de l'Institut Paul DELOUVRIER, le sentiment qu'il est possible de faire des économies sans réduire la qualité des services est le plus répandu.

Toutefois, l'opinion semble faire crédit à la Sécurité sociale qu'elle déploie des efforts appréciables pour répondre aux attentes spécifiques des usagers. En l'occurrence, l'exigence spécifique la plus fréquemment citée, par un quart des personnes dans l'enquête de l'Institut Paul DELOUVRIER, porte sur « des prestations et des cotisations justes et adaptées aux besoins de chacun », juste devant « la rapidité des remboursements et des prestations ». Ceci confirme que la préoccupation dominante des Français porte en ce moment sur le caractère adéquat et viable du système de protection sociale.

Si l'on croise d'une part « le niveau de satisfaction générale des personnes interrogées quant à la qualité des services rendus par les divers services publics », et d'autre part, « la satisfaction particulière relativement aux attentes spécifiques qu'expriment les usagers à l'égard de chacun de ces organismes », la Sécurité sociale apparaît, en compagnie d'ailleurs des services fiscaux, comme un service public doublement satisfaisant, à la fois en termes d'appréciation générale et de capacités à prendre en compte les attentes particulières qui lui sont adressées. Par comparaison, l'Éducation nationale par exemple, jouit d'une bonne image en général, mais est plus fortement questionnée par l'opinion quant à cette capacité à prendre en compte les exigences particulières qui sont attendues d'elle.

Pour conclure sur ce point, l'opinion exprime en premier lieu un haut niveau de satisfaction générale quant aux services rendus par la Sécurité sociale qui la place parmi les services publics les plus appréciés des Français. Mais dans le même temps, elle fait état de fortes attentes en termes de maîtrise des coûts des prestations sociales, en particulier en matière d'assurance maladie. Finalement, l'opinion formule un jugement positif sur la façon dont la Sécurité sociale prend en compte cette demande de gestion plus économe.

Ma conclusion est simplement que la Sécurité sociale est fondamentalement aimée des Français ; qu'elle cristallise une partie des interrogations présentes dans le débat politique, en particulier autour de l'idée d'une dialectique entre les droits et les devoirs des assurés ; qu'elle est aujourd'hui mise en observation par nos concitoyens quant à savoir s'ils en ont pour l'argent de leurs contributions avec les prestations qui leur sont dispensées. Mais aussi qu'elle possède fondamentalement dans son fonctionnement quotidien toutes les ressources pour rester demain parmi les services publics les plus appréciés des Français.

Table ronde

LA SECURITE SOCIALE DANS LE MOUVEMENT DE MODERNISATION DU SERVICE PUBLIC

Où en sommes-nous dans le processus de modernisation de la Sécurité sociale avec la 3^{ème} génération de COG ?

Quel bilan peut-on faire de dix ans de COG ?

Où se situe la Sécurité sociale dans le mouvement général de modernisation du service public ?

Intervenants :

- Claude ROCHET, *professeur associé à l'Institut de management public Université Aix-Marseille III,*
- Frédéric VAN ROEKEGHEM, *directeur général de la CNAMTS,*
- Jean-Louis HAURIE, *directeur chargé d'évaluation à la CNAF,*
- Rolande RUELLAN, *conseiller maître à la Cour des comptes.*

Claude ROCHET

Pour introduire ces débats, je vous propose un panorama en trois plans.

- Tout d'abord, qu'en est-il de ce mouvement mondial de contractualisation qui, dans le secteur de la Sécurité sociale en France, donne naissance aux conventions d'objectifs et de gestion ?
- Quel en est le bilan et comment a évolué le contenu de ces conventions et des contrats au fil des générations ?
- Comment ces COG peuvent-elles être un outil de pilotage de la relation centre – périphérie entre les décideurs et les opérateurs de la politique publique ?
- Premier point : la tendance mondiale. Cette tendance naît dans les années 1980 avec le courant dit de « la nouvelle gestion publique », « le new public management » dans les pays anglo-saxons, qui a prôné l'externalisation des services vers des agences, avec plusieurs objectifs :
 - L'amélioration du service rendu,
 - La modernisation des processus de production,
 - La définition de contrats de service avec des objectifs à atteindre, au regard d'un budget (cette opération se situe dans un premier contexte de difficulté budgétaire), l'évaluation systématique de la performance collective et individuelle avec un objectif avoué d'économies par des gains de productivité.

Les pays qui ont commencé sont la Grande-Bretagne avec l'expérience du « Net Step Agencies », qui a vu 80 % des effectifs de la fonction publique externalisés vers des agences autonomes, et la Nouvelle-Zélande qui a fait de même.

Le problème d'aujourd'hui, est la connexion entre ces réformes managériales et une théorie économique-politique extrêmement marquée par les thèses néo-libérales. C'est-à-dire que les mécanismes de marché, l'intérêt individuel et les stimulants matériels pour les managers sont considérés comme beaucoup plus efficaces que la régulation publique traditionnelle. On considère que les services publics sont des prestataires de services comme les autres, que les usagers sont des clients qui vont faire leur marché et qui ont donc les mêmes attentes que n'importe quel client.

On se base alors sur trois théories :

- La théorie des choix publics, ou « public choice », qui établit que les hommes politiques et les hauts fonctionnaires, comme tout acteur économique, ont pour objectif de maximiser leur utilité et qu'ils ont intérêt, pour développer leur pouvoir, au développement de la bureaucratie et de la dépense publique. Réduire la taille du secteur public est donc un objectif opposé à cette tendance.
- La théorie des coûts de transaction, c'est-à-dire celle de tous les coûts non économiques associés à la réalisation d'une prestation. On considère là aussi que la logique entrepreneuriale privée est plus performante.
- La théorie de l'agence où on va séparer la fonction politique de la fonction d'exécution, puisque les intérêts des politiques, comme ceux des actionnaires dans une entreprise, sont différents de ceux du management. On va donc garder « une distance », entre les agences et le centre, et séparer clairement ces deux fonctions. C'est à la gestion « at arms' length ».

Le bilan de ces réformes est tout de même extrêmement nuancé. Et on peut dire aujourd'hui, après cette externalisation tous azimuts, « retour au centre ».

La Suisse Alémanique et le Canada ont été des pays pionniers avec la naissance du phénomène dit de « bureaucratie libérale ». Dans ces pays, d'un côté il existe des formes de contrôle extrêmement tatillonnes, et on voit que le temps passé à rendre compte et le coût de cette restitution devient extrêmement prégnant et impose un stress fort sur les managers. De l'autre côté, subsiste une injonction qui devient une injonction paradoxale : « soyez autonomes et entreprenants ».

Dans ces pays, on constate une perte du sens de l'action publique et de ses valeurs, au profit des stimulants matériels et financiers. Ce qui s'est traduit par du scepticisme et du désabusement organisationnel comme cela a été noté au Canada.

Au Royaume-Uni, avec la prolifération d'agences autonomes dans un grand fouillis, une croissance considérable de la réglementation et des effectifs a été constatée, car chaque directeur d'agence se comportait comme un petit féodal dans son propre royaume. Même chose en Nouvelle-Zélande où, pour 3,5 millions d'habitants, il y a quarante ministères et 350 agences. Le principe de la régulation par les outputs, les prestations de service et les mécanismes du marché ont été appliqués, mais on a oublié quels étaient les enjeux de politique publique.

Aujourd'hui, on est dans une tendance générale de correction, qui correspond à la politique lancée par Tony BLAIR fin 1999 autour du point essentiel qui est de renforcer le leadership du centre et de développer le travail transversal. Cette politique consiste à reconnecter ces agences qui sont devenues complètement émiettées, et qui ont rendu totalement impossible l'informatisation de l'administration. En effet, sans processus transversaux, il est impossible de développer l'administration électronique, d'où le retard qu'ont pris ces pays dans ce domaine, notamment l'Angleterre.

C'est la même optique en Nouvelle-Zélande : recentrer le pilotage sur les grands enjeux stratégiques et pas seulement sur les produits, pour remédier à la fragmentation du secteur public.

Le bilan qui peut être tiré de cette première vague de réformes, est que le management ne peut remplacer le pilotage politique. Les outils de management, sont bien sûr utiles, et il faut les intégrer. Mais cela ne doit pas tuer pour autant l'essence du service public. Il ne suffit pas de manager, c'est-à-dire de bien faire les choses, il faut aussi et surtout se poser la question des finalités du service public, et donc faire les bonnes choses.

■ Comment, dans ce contexte, évoluent les contrats et les COG au fil des générations ?

Une logique générale est que l'on a commencé par chercher à connaître les coûts et les processus. Cela peut paraître paradoxal puisque dans les premières politiques de santé publique, on a commencé par les grands objectifs et on s'est intéressé ensuite à la gestion. Là, au contraire, on s'intéresse d'abord à la gestion, avec un certain nombre d'enjeux, l'implantation de la comptabilité analytique, le design des process, le contrôle de gestion, la qualité de service. Cela est assez cohérent avec l'enquête restituée par Laurent CAUSSAT, c'est-à-dire que le risque de mauvaise gestion est un risque de délégitimation de la politique publique.

Dans la deuxième génération de conventions, on a commencé à s'intéresser aux grands enjeux, aux « outcomes ». En Angleterre, ce sont les engagements de service public, les « public service agreements », qui sont des plans transversaux triennaux, pour réapprendre aux administrations à travailler en objectifs transversaux sur des « objets politiques » communs. La première génération, 1999-2002, était essentiellement centrée sur les processus et sur les produits. La deuxième génération était plus centrée sur les outcomes. Une fois que l'on contrôle sa gestion, on peut commencer à se redonner des objectifs ambitieux de politique publique.

Ainsi, sur les enjeux de politique de santé au Royaume-Uni, les objectifs de la première génération portaient surtout sur les délais administratifs : pas plus de trois mois pour obtenir un rendez-vous en consultation externe, pas plus de six mois pour obtenir une admission à l'hôpital. Ces objectifs visent déjà à sécuriser le système. Les objectifs d'enjeux stratégiques sont définis négativement dans la première génération, alors que dans la deuxième, ils sont définis positivement, comme les enjeux de durée de vie à la naissance.

Pour les conventions d'objectifs et de gestion, on constate le même phénomène. Dans vos premières conventions, nous pouvons prendre l'exemple de la branche maladie. Elle est centrée essentiellement sur la qualité de services aux clients, les systèmes d'informations, le contrôle des infrastructures de gestion. Puis les deuxièmes générations de Conventions d'Objectifs sont centrées sur les grands objectifs stratégiques de contrôle du risque de santé.

■ Comment ces contrats peuvent-ils trouver leur place dans l'articulation des relations entre le centre et la périphérie ?

Le pilotage stratégique se fait en quatre temps.

- Tout d'abord une fonction de programmation où sont définis les grands enjeux de politique publique, et donc de création de valeur. C'est ce qui définit la valeur de la politique.
- Puis des objectifs de gestion où se pose la question de la création de cette valeur, où l'on va discuter de moyens, de processus, d'activités. C'est ce qui définit une politique de la valeur.
- Une fonction d'évaluation.
- Une fonction d'ajustement qui permettra d'actualiser les objectifs.

Le contrat permet de faire le lien entre ces deux niveaux. Comment cela peut-il s'articuler ? Quel est le modèle cible sur lequel on essaie de plus en plus de travailler ? En France, le ministère de la recherche y travaille. La recherche est l'autre grand domaine où la politique publique se met en œuvre par le biais d'agences. Il s'agit de définir un « niveau 1 » qui va caler les grandes orientations politiques et le cadrage budgétaire, ce qui peut être le rôle des programmes de la LOLF et de la Loi de Financement de la Sécurité sociale. Le « niveau 2 » est assez nouveau puisqu'il faut créer une fonction de programmation. C'est-à-dire la traduction de ces grands objectifs de politique publique en objectifs opérationnels, et en décisions budgétaires concrètes. Le troisième niveau est celui de la production, donc de la conception d'une offre de service et la production des outputs.

Où peuvent se situer les conventions d'objectifs et de gestion ? Entre le « niveau 2 » et le « niveau 3 ». Il y a d'abord une fonction de négociation du contrat, où va se faire véritablement le dialogue stratégique entre les opérateurs et les grands donneurs d'ordre de la politique publique, où seront conçus les objectifs et les processus de mise en œuvre. Il y a ensuite un niveau d'exécution, celui de la production de services.

Où se situent aujourd'hui ces fonctions ? Peut-on dire que le niveau 2 est constitué par les caisses nationales, le niveau 3 par les caisses régionales ? Ce sont des pistes de réflexion, mais il y a véritablement aujourd'hui à penser la façon dont va évoluer le rôle du centre dans ces fonctions stratégiques. Il faut repenser notamment ce terme assez horrible de « tutelle ». Tutelle signifie « gestion des incapables majeurs ». Il faut au contraire définir les niveaux de capacité stratégique de chacun de ces échelons.

Rolande RUELLAN, conseiller maître à la Cour des comptes

Monsieur ROCHET a fait un balayage international et conceptuel tout à fait intéressant sur les conventions d'objectifs et de gestion. Mon intervention se relie aux différentes expériences qui ont été rappelées. Une mise en perspective historique permet de montrer que, finalement, la Sécurité sociale est un service public moderne depuis longtemps, qu'elle n'a pas attendu la période récente pour se moderniser. Bien entendu, les conventions d'objectifs et de gestion ont été un puissant levier de cette modernisation. Mais il y a encore des progrès à réaliser, même si les choses paraissent en assez bonne voie.

Je pense qu'en France, une des grandes chances de la Sécurité sociale a été la délégation de gestion, et donc le fait que ce ne soit pas l'État qui l'ait gérée en direct. Il s'agit d'une situation qui peut être évidente dans cette enceinte, mais on voit que ce n'est pas le cas dans tous les pays du monde. En tout cas, en France, le fait que la Sécurité sociale ait été gérée à l'extérieur de l'État, avec des organismes qui ont disposé des moyens nécessaires, a permis à l'État de se centrer sur ses fonctions de concepteur de politiques et de contrôle. C'est une constante qui s'est fortement accélérée depuis une vingtaine d'années, car je fais remonter cette évolution avant la création des conventions d'objectifs et de gestion, une évolution qui a été permise par l'existence des caisses nationales. Si la Sécurité sociale avait été trop émiettée, avec 1100 organismes ayant la personnalité morale et 1100 comptes de la Sécurité sociale, si la direction de la Sécurité sociale avait face à elle 1100 organismes, tout aurait très difficile. C'est d'ailleurs ce qui se passe actuellement avec les établissements hospitaliers puisqu'il n'y a pas de système fédérateur et que l'État se retrouve face à une myriade d'établissements. Là, on avait fort heureusement – c'est le grand apport des ordonnances de 1967 – des caisses nationales qui ont permis ce partage des rôles et la délégation à ces caisses nationales de plus en plus de fonctions de pilotage, d'encadrement, de contrôle.

Il faut remonter à une vingtaine d'années, lorsque la direction de la Sécurité sociale, de sa propre initiative, a commencé à mettre en place une démarche pluriannuelle en matière de gestion administrative. Cette politique a beaucoup choqué à l'époque certaines administrations qui étaient plutôt attachées à l'annualité. Il s'agissait de laisser aux organismes plus de respiration, plus de liberté, plus d'autonomie, mais ceci en contrepartie de la détermination d'objectifs et de comptes-rendus des réalisations. C'est ce qui a permis, entre la fin des années 1980 et l'émergence des conventions d'objectifs et de gestion, de faire monter petit à petit en puissance les caisses nationales, de leur donner des responsabilités et de faire reculer la tutelle a priori de l'administration centrale et des services déconcentrés de l'État.

Je pense que c'est là un grand gage de modernité, permis par une succession de réformes dans le temps, qui finalement se sont bien emboîtées, jusqu'à ce qu'on arrive en 1996 au nouveau dispositif.

Celui-ci s'est voulu presque militaire, en partant de la loi votée par le Parlement, puis sa déclinaison dans les COG signées avec les organismes nationaux (avec éventuellement des avenants), puis les contrats pluriannuels de gestion avec les organismes locaux

Ce n'est évidemment pas aussi simple, mais cela avait pour objectif de faire en sorte que chacun, à son niveau, prenne ses responsabilités et que personne ne puisse empêcher les autres de travailler. C'est une démarche très partenariale, et pour avoir beaucoup travaillé dans le monde de la Sécurité sociale, je sais que le mot « partenariat » a longtemps été rejeté avant qu'il soit inscrit dans l'exposé des motifs des ordonnances de 1996. Il est aujourd'hui clair que chacun à son niveau participe à la réalisation des mêmes objectifs, qu'il n'y a pas de territoire réservé.

Une grande novation apportée par les COG a été de dire qu'il n'y a pas de « chasse gardée ». Auparavant, il y avait une espèce de « consensus mou » sur le thème : la politique, c'est l'État, la gestion, c'est les caisses et les partenaires sociaux. En fait, les lois de financement de la Sécurité sociale et les conventions d'objectifs et de gestion ont démontré qu'on ne peut pas séparer la gestion de la mise en œuvre des politiques. Il y avait donc pour l'État - qui est responsable du fonctionnement des services publics et de l'équilibre des finances publiques dont fait partie la Sécurité sociale – nécessité de s'intéresser également à la manière dont était gérée la Sécurité sociale.

Il y avait une certaine frilosité de l'État à avouer qu'il s'intéressait à la gestion, même s'il le faisait. C'était plutôt une façade et cela permettait bien entendu aux caisses de protester contre la tutelle extrêmement pesante de l'État. Mais tout cela était du discours et je crois que nous avons maintenant dépassé le discours. Les conventions d'objectifs ont permis de bien définir qui fait quoi et de travailler ensemble vraiment dans la même direction.

Est-ce que pour autant tout est parfait et ne doit pas progresser ? Sûrement pas. La Cour des comptes regarde ces conventions et regarde la manière dont le système évolue. Nous avons eu l'occasion de porter une appréciation sur la deuxième génération de COG du régime général pour dire que c'est un formidable outil. D'ailleurs, nous critiquons les organismes qui n'ont pas passé de telles conventions. La Cour considère donc que les COG sont un très bon outil, même si les premières avaient d'importants péchés de jeunesse. Les secondes ont beaucoup insisté sur la qualité de service, l'accueil, etc., cela était nécessaire. En effet, dans le public, il y a un très fort attachement à la Sécurité sociale, mais en même temps tellement d'attentes, qu'existe une confusion entre les droits et les prestations proprement dites et les conditions dans lesquelles ont est accueilli.

Il faut rappeler que ce grand service public, pesant 400 milliards d'euros, est avant tout une fabrique de prestations. Pendant toute une période, l'utilisation systématique des moyens modernes de gestion a peut-être conduit à une certaine déshumanisation des relations avec les assurés. On a donc eu une certaine dégradation du service rendu en termes d'accueil, avec des imprimés abscons, pas de réponse aux questions, des téléphones qui ne répondaient pas, etc. A juste titre, la deuxième génération de COG s'est beaucoup préoccupée de cela. La Cour des comptes, parce qu'elle était dans son rôle, a rappelé qu'il était désormais nécessaire d'insister sur les questions de productivité et de performances des gestionnaires. Si l'on regarde maintenant la troisième génération de COG, on s'aperçoit qu'au moins dans leurs libellés, ces préoccupations sont davantage présentes, que ce soit en termes d'évolution des réseaux ou de développement de la mutualisation.

Je ne pense cependant pas que la mutualisation soit la solution à tous les problèmes. On se trompe peut-être si l'on croit que la mutualisation peut permettre d'éviter des réflexions et des réformes un peu plus rigoureuses. Mais là n'est pas le sujet de ce matin.

Il y a donc nécessité d'aller un peu plus loin. A la Cour des comptes, nous avons dénoncé le fait que les COG étaient encore un peu trop des catalogues d'objectifs, mal reliés entre eux par des visions stratégiques, que les indicateurs n'étaient pas encore suffisamment exigeants car souvent, la plupart des caisses les atteignaient déjà au moment où les COG étaient signées, et que le dispositif d'évaluation, du côté de l'État notamment, était encore à améliorer. Mais tout en rappelant que l'évolution générale allait dans le bon sens.

Je rappellerai enfin que la troisième génération de COG donne également une place importante au grand chantier actuel de la certification des comptes.

Je terminerai en constatant que la Sécurité sociale a été plus en avance que l'État dans bien des domaines. Cela était peut-être dû au fait que l'État ne gérant pas en direct, il avait mieux la capacité d'impulser des réformes de fond. Les droits constatés sont en place depuis 1996, le plan comptable depuis 2002, et la mise en œuvre concrète de la gestion par objectifs n'a pas attendu la LOLF.

Je conclus donc sur une note très optimiste en espérant que la Sécurité sociale restera toujours en avance sur les autres services publics.

Frédéric VAN ROEKEGHEM

La dématérialisation n'est pas un mouvement propre à la Sécurité sociale, c'est un mouvement beaucoup plus général qui tend d'abord à la numérisation des échanges, au passage de l'analogique vers le numérique, et, petit à petit, au développement d'un certain nombre de services nouveaux dont la dématérialisation n'est qu'un des aspects.

Je crois qu'il faut saluer le lancement de la Carte Vitale en 1999. Certaines difficultés ont eu lieu au moment du démarrage du projet, mais on voit bien que très rapidement, grâce à la Carte Vitale, la dématérialisation des échanges a apporté à la fois une rapidité dans le règlement - la plupart de nos assurés sont remboursés aujourd'hui dans des délais extrêmement rapides -, et des gains de productivité. Il n'y a pas que la Carte Vitale, il y a aussi un ensemble de projets qui ne passent pas forcément par la Carte Vitale, et qui aussi ont apporté énormément de sécurité aux professionnels de santé, puisqu'ils sont garantis d'être payés. On oublie donc ces choses-là peut-être un peu trop rapidement.

Ce que disait Laurent CAUSSAT est très intéressant : la Sécurité sociale, ce sont des valeurs, des politiques publiques, des services. Nous avons signé notre convention d'objectifs et de gestion avec l'État en août dernier, et à partir de cette convention, nous avons bâti notre projet d'entreprise. On voit tout l'apport des conventions d'objectifs et de gestion dans deux domaines : la dynamique de responsabilité qu'elles impulsent, avec la concrétisation des projets d'entreprise dont se munissent les organismes ; la continuité dans la gestion publique, même s'il est naturel que les COG s'adaptent à l'évolution des politiques publiques, et notamment à l'application des dispositions législatives. Néanmoins, le fait de disposer d'une vision pluriannuelle est un élément majeur pour pouvoir progresser, car on sait finalement assez peu que pour mettre en place des grands projets, comme Vitale, comme d'autres projets structurants pour l'assurance maladie en ce moment, il nous faut six mois, voire neuf mois, afin de pouvoir disposer des développements nécessaires à la mise en œuvre de ces projets. Par conséquent, on ne peut pas faire évoluer un grand service public si on n'a pas une vision pluriannuelle.

On parle de logique entrepreneuriale, d'agences, d'opérateurs dans le monde anglo-saxon. Il est clair que la convention d'objectifs et de gestion - qu'en novembre 1995, le Gouvernement avait mise en place pour développer les relations conventionnelles avec l'État, pour clarifier les responsabilités et définir les objectifs et les moyens - est un élément majeur d'une évolution vers plus de responsabilités. Ce qui a été dit par Laurent CAUSSAT sur la perception des Français à la fois des politiques publiques dans le domaine de l'assurance maladie, mais aussi de la qualité de service, montre bien que, que ce soit dans les politiques publiques en faveur de l'efficacité du système de soins, ou dans les services et la gestion de l'assurance maladie, les Français considèrent que l'on peut faire des efforts. Je fais partie de cette catégorie de Français, au demeurant majoritaire, qui pense que, même si nous avons d'ores et déjà un système qui a atteint un certain niveau de qualité, nous pouvons vraisemblablement, par notre action commune, améliorer ces résultats.

Nous dépensons environ 11 % de notre richesse nationale dans le domaine de la santé. Je crois qu'avant de se poser la question de savoir si nous devons aller au-delà et, le cas échéant, injecter d'autres ressources, nous devons d'abord nous assurer que ces dépenses sont optimisées. La gestion de l'assurance maladie est une somme qui, au regard des 140 milliards d'euros, est faible, mais néanmoins substantielle : il s'agit de près de 5 milliards d'euros. Les Français pensent que nous pouvons encore mieux utiliser nos ressources. Les conventions d'objectifs et de gestion et nos projets d'entreprise répondent à cette exigence. C'est un point qu'il faut souligner.

Faut-il continuer dans cette voie ou revenir en arrière ? Pour moi, la question ne se pose pas. La dimension qui a été donnée en 1996 par cette dynamique des conventions est une bonne dimension. Nous pouvons nous améliorer. La Cour des comptes nous le rappelle régulièrement. C'est son rôle, cela fait partie des règles du jeu.

Pourquoi faut-il continuer dans cette voie ? Pourquoi la loi de 2004, dont nous n'avons pas encore parlé, tend-elle à accroître cette dynamique de responsabilités en direction d'un opérateur ? Parce que nous pensons que cette dynamique, par une mobilisation collective des personnels de la Sécurité sociale, peut apporter des solutions nouvelles et est créatrice de valeurs en faisant notamment évoluer ses missions dans le cadre de véritables entreprises de service public. Pour moi, nous sommes dans une logique entrepreneuriale, même si, ne nous y trompons pas, la Sécurité sociale relève du service public. Elle a des fondements et des valeurs très profonds tels qu'elle ne peut pas évoluer autrement qu'en restant à l'intérieur du service public. En tout cas, c'est un choix politique très fort et assez consensuel.

Comment tout cela fonctionne-t-il ? Je crois que la vision initiale de 1996, d'une régulation par l'État par ses pouvoirs législatifs et réglementaires, s'est bien développée, à travers les lois de financement de la Sécurité sociale, et maintenant à travers des programmes d'efficacité qui y sont intégrés. Pour l'assurance maladie, ils ont très largement été le support de notre action depuis plusieurs années. Bien sûr, le pouvoir réglementaire encadre, mais il s'articule avec la Sécurité sociale à travers la COG qui fait aussi partie de la régulation du monopole. En effet, en tant que monopole, il est normal que la Sécurité sociale soit régulée, notamment pour ses budgets, et ce sont les COG qui assurent cette régulation.

Pour ce qui nous concerne, on voit bien toute la nécessité d'articulation entre les politiques publiques et le projet d'entreprise. Notre action dans le domaine du générique est un exemple très concret qui montre qu'il peut y avoir de la créativité à l'intérieur de l'assurance maladie, notamment au niveau des caisses locales. Mais néanmoins, au bout d'un moment, il faut que le niveau national permette de mieux réguler cette créativité et qu'avec l'appui du Parlement, on obtienne la légitimité nécessaire pour déployer ces politiques.

Il y a une autre grande articulation dont nous n'aurons peut-être pas le temps de parler ici, entre les politiques publiques, les lois de financement, les conventions d'objectifs et de gestion et la loi de santé publique, qui est un autre élément majeur dont nous tenons compte avec le plus grand soin. Il s'agit du domaine des accords conventionnels avec les professionnels de santé. On voit que finalement, nous cherchons notre voie, nous, la France, au regard de ce qu'ont fait les autres pays, pour pouvoir à la fois évoluer vers une dynamique plus forte de responsabilité des opérateurs, tout en n'oubliant pas qu'il y a un cadre général qui est celui de la loi et de la réglementation, mais que nous devons aussi concilier cette responsabilité, ce cadre général avec l'efficacité, qui est véritablement l'enjeu des années à venir. Nous voyons bien en effet que les choses se précisent, que nos concitoyens ont, au regard de l'efficacité de la dépense publique et de son efficacité, une vision nouvelle. Ils souhaitent d'abord s'assurer que les sommes qu'ils confient à la collectivité sont bien employées avant de pouvoir envisager d'accroître la part de leurs ressources qui lui est affectée.

Jean-Louis HAURIE – Directeur chargé d'évaluation à la CNAF

A la fin du mois de juin 2006, la Caf de Haute-Savoie a été désignée lauréate des « Trophées de la Qualité des Services Publics 2006 », dans la catégorie « Simplification du langage administratif ».

Cet exemple, comme celui de nombreuses autres caisses, et plus globalement les résultats de la branche famille, montrent combien les caisses d'allocations familiales ont développé leurs actions de modernisation autour du service rendu aux usagers.

Cet exemple est aussi intéressant car les Trophées de la Qualité illustrent la politique de modernisation de l'État conduite depuis plusieurs années.

Les COG elles-mêmes s'inscrivent dans la réforme de l'État et des services publics initiée par la circulaire du Premier ministre du 26 juillet 1995, invitant à approfondir l'usage de formules permettant de mieux associer les personnes privées à la gestion des services publics et à mieux prendre en compte les besoins et les attentes des citoyens.

Si les COG ont ainsi contribué à améliorer les résultats des organismes, conformément aux attentes régaliennes de l'État en termes d'homogénéité, de cohérence et d'efficacité (optimisation des réseaux, amélioration de la performance), mais aussi les relations du service public de la Sécurité sociale avec ses usagers, c'est très largement parce qu'elles ont intégré cette double prescription.

1. Une modernisation du service public inscrite dans la modernisation de l'État

Cette double prescription s'est traduite par un cadre de gestion renouvelé, au travers notamment de la contractualisation, mais aussi et surtout par la prise en compte de l'usager en plaçant au cœur des préoccupations du service public de la Sécurité sociale et plus précisément des caisses d'allocations familiales.

1.1 Des modalités de gestion renouvelées

1.1.1 La contractualisation

Le contrat, à la Sécurité sociale comme pour les autres modalités d'intervention de l'État, apparaît comme l'outil emblématique de la modernisation de ses relations avec les organismes. Les relations avec la Branche sont ainsi mieux formalisées, et le cadre relationnel créé s'inscrit dans la durée (4 ans). A l'issue d'un dialogue préalable à la contractualisation, des attentes claires sont définies et affichées. Les indicateurs associés sont connus de tous ; les échéances de l'action sont posées.

Cette inscription dans la durée permet de garantir à la Branche et aux organismes les investissements collectifs sources du progrès de tous. Il en est ainsi des investissements informatiques, de la politique immobilière, de la politique de ressources humaines, de la stratégie de communication, des axes de recherche.

1.1.2 Au plan local

La sécurisation des relations de la Branche avec l'État permet de renforcer la dynamique de progrès au plan local. Ainsi, le projet local sur la même période repose-t-il sur des moyens budgétaires modernes (pluriannualité, dotations globales) favorisant le choix par les gestionnaires des leviers d'action et des organisations les plus adaptés aux contextes locaux. Dès lors, le projet local repose sur un plan de développement associé au contrat, mobilisateur pour l'ensemble du personnel, qui traduit la dynamique de progrès de l'organisme. La dynamique objectifs/résultats est parfaitement intégrée : les résultats des caisses sont régulièrement mesurés et en progrès.

Enfin, une évaluation régulière prenant en compte la dynamique globale de la caisse permet d'établir un dialogue continu avec ses dirigeants.

1.2 L'usager (le citoyen) au cœur des préoccupations

1.2.1 Les engagements de service

Les engagements de service prônés par la COG apparaissent comme un double moyen d'affichage : ils sont, dans la relation CNAF/État, la marque de l'amélioration, voulue par tous, du service rendu aux usagers (accueil, téléphone, simplification, relation de service...), mais aussi un réel engagement, affiché comme tel, auprès des bénéficiaires, qui peuvent en suivre l'évolution.

Les indicateurs de suivi de ces engagements de service montrent leurs progrès constants. Quelques exemples récents illustrent ce propos :

- L'indicateur « minima sociaux traités en moins de dix jours » atteint 99 % en décembre 2005, soit son meilleur niveau depuis sa création.
 - L'indicateur « Temps d'attente inférieur à 20 minutes » s'établit à 94,1% sur le quatrième trimestre 2006.
 - Le taux d'appels traités par un agent atteint 92,4% au dernier trimestre 2006 (et même le taux record de 93,7% pour le seul mois de décembre) ; l'objectif fixé par la COG était de 86%.
- Ces engagements de service font l'objet d'une attention toute particulière par les directions et l'encadrement des caisses et sont suivis de manière régulière (et souvent quotidiennement).

1.2.2 L'écoute de l'usager ou du partenaire

Placer l'usager au centre des préoccupations a conduit, souvent à partir d'initiatives locales, à mettre en œuvre des outils nombreux d'écoute des usagers ou des partenaires des caisses. Ainsi, l'enquête de satisfaction de 2004 a-t-elle permis d'interroger plus de 86 000 allocataires et constitue une source riche de progrès pour les organismes, mais aussi de reconnaissance des progrès accomplis. Aussi plus de 94% des allocataires des Caf se déclarent-ils satisfaits de leur caisse d'allocations familiales.

Cette satisfaction des usagers s'appuie d'ailleurs sur des résultats probants et reconnus. A l'exemple de la Caf de Haute-Savoie, les Caf ont, le 7 mars 2006, remporté, dans la catégorie « Services publics », le podium de la relation client 2006 décerné conjointement par la SOFRES et Bearing Point.

C'est aussi la Caf de la Vendée qui, après avoir obtenu un Trophée de la Qualité en 2005, s'est vue décerner le Trophée Accessibilité des services publics par l'APAJH pour sa démarche d'offre de service différenciée. Ce sont encore, en 2004, la Caf et la CPAM du Cher qui étaient nominées pour leurs dispositifs d'aide à la prévention de l'exclusion sociale.

Incontestablement la voie tracée par les COG a-t-elle été celle de l'amélioration du service rendu aux usagers.

2. Modernisation n'est pas progrès

Ce Forum va être l'occasion d'ouvrir de nouvelles perspectives d'amélioration et d'approfondissement de la dynamique lancée depuis plusieurs années. Mais, peut-être, avant de poser de nouvelles prescriptions, est-il important de regarder en quoi les mécanismes mis en place sont susceptibles de progrès.

En effet, la modernisation ne peut constituer à elle seule un progrès.

Moderniser, c'est rajeunir, donner une forme adaptée aux techniques présentes, se conformer aux usages modernes, se transformer pour s'y adapter...

En revanche, la notion de progrès fait appel à des concepts différents et emporte avec elle ceux de l'amélioration, du développement... Il convient dès lors de se demander en quoi les COG ont contribué à améliorer la situation des bénéficiaires de la Sécurité sociale ou en quoi les acteurs que constituent ces organismes se sont développés.

Or, passer un contrat avec l'État, c'est courir le risque de passer une convention dont les termes peuvent être unilatéralement modifiés.

L'État reste l'État

Quelques éléments significatifs nous permettent d'en faire le constat :

2.1 Le problème de la frénésie législative et réglementaire

Si la COG est censée ancrer l'action dans la durée, l'État fait évoluer sans cesse le cadre de l'action, qui devrait être le garant de la sécurité (de la stabilité) de l'action, et l'on doit dès lors se poser la question de savoir si l'action publique en matière sociale, aussi réactive soit-elle aux évolutions du monde moderne, doit pour autant confiner à la fébrilité.

Quelques exemples pris dans l'actualité récente illustrent ce propos :

Ainsi, après avoir mis en place, dans des délais très courts, le Complément optionnel de libre choix d'activité (COLCA) au 10 juillet 2006, puis l'Allocation d'installation étudiante (ALINE) à la rentrée (il faut rappeler que, sur ce point, la CNAF avait été saisie par l'État à la fin du mois de juillet 2006), les services de la CNAF travaillent actuellement sur la campagne Ressources 2007 bien sûr, dont le délai de collecte sera raccourci, mais aussi sur :

- Le dispositif de suspension des prestations familiales en cas de non-respect du Contrat de responsabilité parentale,
- La revalorisation des aides au logement (notons les allers et retours sur le seuil de versement),
- Le partage des allocations familiales en cas de résidence alternée des enfants dans le cadre d'une séparation,
- La modification des règles de paiement de la PAJE,
- Le Prêt Jeune Avenir,

- Le forfait logement en matière d'API et de RMI,
- La prime de retour à l'emploi et le dispositif d'intéressement pour ces mêmes bénéficiaires,
- Le principe de subsidiarité de l'API...

Ainsi en 2006, le système informatique aura-t-il fait l'objet de 11 versions différentes, insécurisant tout à la fois le système mais aussi ses acteurs... Il convient ici de rappeler combien le temps est important pour élaborer ou mettre à jour un modèle informatique garantissant à la fois qualité et sécurité, mais aussi et surtout pour percevoir les dividendes de l'action.

Il n'est pas douteux que la qualité de gestionnaire des organismes, leur faculté d'adaptation et la qualité de l'informatisation autorisent les décideurs à une profusion de modifications et à une prolifération impatiente de textes, au risque d'emboliser le système...

Or, même si l'article 41 de la COG en prévoit la possible révision, celle-ci n'est pas, dans la pratique, inscrite comme une adaptation de droit commun.

2.2 Le pilotage par les indicateurs

La démarche objectifs/résultats suppose la mise en œuvre d'indicateurs de résultats fiables et pertinents. Cette démarche est aujourd'hui parfaitement appropriée par les organismes et leurs dirigeants. Néanmoins, elle fait aussi courir plusieurs risques :

- Celui de la multiplication des indicateurs liée à la multiplication des objectifs :
43 indicateurs sont associés à la COG passée avec la CNAF, mais le nombre d'indicateurs réellement suivis tend à être démultiplié et contraint à un pilotage rigoureux, exigeant et de plus en plus outillé.
- Celui du pilotage aux indicateurs sensibles (les indicateurs d'intéressement, de part variable, d'alerte Cour des comptes...). Il y a dès lors le risque de délaissier une action plus globale, fondée sur le sens des grands objectifs à atteindre et des valeurs partagées, pour se focaliser sur l'atteinte de résultats partiels.
- Celui de l'effet réverbère corrélatif qui fait que l'on privilégie certaines statistiques plus que d'autres et que l'action risque alors d'être jugée, plus au travers de quelques indicateurs facilement mobilisables, que dans le cadre d'une vision plus globale. Celle-ci doit être, au contraire, évaluée au regard des grands objectifs fixés en référence à leur contexte.

2.3 La confusion entre tutelle et gouvernance

Pour Michel LAROQUE, « la contractualisation apparaît comme une nouvelle technique de tutelle des organismes de Sécurité sociale ».

On ne saurait limiter l'enjeu des COG à cette seule vision. Cette vision spécifique conduit sur la durée à faire peser sur les gestionnaires et la Branche des exigences méthodologiques de plus en plus nombreuses.

La nécessité de résultats conformes, de performances uniformes, la démarche objectifs/résultats, induisent de plus en plus une formalisation, l'homogénéisation de l'offre de service, des processus de production, des référentiels de service, des normes de production et de qualité, et font courir le risque, ou en tout cas font apparaître le spectre, d'une perte d'autonomie pour les acteurs locaux et le sentiment de passer du statut d'acteurs, au mieux d'agents, à celui d'exécutants de fait.

Or, le système de Sécurité sociale a été conçu sur une logique d'autonomie donnée aux gestionnaires locaux pour adapter le système aux contraintes locales et, au-delà, pour optimiser le système au mieux de l'intérêt général et du service public.

Comme le note Philippe GEORGES, « le contexte de la décentralisation vers les collectivités territoriales est si prédominant aujourd'hui qu'on peut en oublier cette forme originale de décentralisation qu'est la délégation de missions aux organismes de Sécurité sociale ».

Ainsi, l'histoire de la Sécurité sociale (et des caisses d'allocations familiales) montre que toutes les innovations gestionnaires ou politiques ont très largement dépendu de l'autonomie laissée aux acteurs locaux par des dispositifs budgétaires souples et responsabilisants.

Dès lors, tant en gestion administrative avec le budget global, qu'en action sociale avec la décentralisation du FNAS, les actions conduites localement ont-elles été sources de progrès, d'efficacité et d'innovation sans pour autant qu'elles aient été accompagnées de dérives budgétaires – au contraire.

Donner de la responsabilité est une source de progrès et de développement. Une question essentielle à se poser est dès lors : en quoi le dispositif conventionnel favorise-t-il :

- L'expérimentation et la prise de risque ?
- La participation des acteurs locaux à l'initialisation du changement ?

On ne peut ici que regretter que l'État se comporte avec la même distance, voire la même méfiance, vis-à-vis des dirigeants locaux que celle dont il a fait preuve à l'égard de ses propres services déconcentrés, et reste sur une logique strictement descendante de textes mal fabriqués (le Gouvernement par circulaires), nécessitant pour leur application de nombreux allers-retours qu'une implication plus importante des acteurs locaux dans leur élaboration, ou une expérimentation, auraient rendus inutiles.

Ce qui fait la spécificité du réseau des caisses, c'est leur proximité avec les territoires et leur capacité à y adapter leur action, avec un double besoin de créativité et de responsabilité.

Moins qu'un renouveau de la tutelle, les COG doivent donc clairement apparaître pour ce qu'elles sont, à savoir : le moyen de rénover la gouvernance des organismes sociaux.

3. Quelques voies de progrès à la relation de l'État avec les organismes sociaux doivent dès lors être immédiatement posées avant même (ou au moment) de rechercher de nouveaux chantiers de performance :

- La durée de la négociation de la COG ne saurait être telle qu'elle engage jusqu'à la moitié du temps de sa mise en œuvre.
 - La COG doit être assortie d'un diagnostic commun clair pour l'ensemble des acteurs et rendant les attendus contextuels de la stratégie partageables.
 - Les acteurs locaux doivent avoir le sentiment que leur avis est recueilli, attendu et pris en compte dans l'élaboration de la COG. Ils doivent avoir le sentiment d'en être les acteurs, non seulement en atteignant les résultats fixés, mais en contribuant à l'élaboration des objectifs.
 - Une large place doit être faite aux expérimentations locales (donc à la prise de risque) et à leur évaluation pour leur généralisation éventuelle.
 - L'évaluation globale doit être maintenue pour garantir une analyse dynamique et contextuelle de l'ensemble des résultats.
 - Enfin, l'État se doit lui-même d'être exemplaire dans ses comportements et sa posture :
 - Stratège, il doit se donner la durée dans l'action (surtout dans le domaine social) et garantir à ses contractants des rythmes compatibles avec une action durable.
 - Garant des règles, il doit lui-même se les appliquer et veiller à donner aux relations contractuelles un cadre solide et un climat serein.
 - Soucieux de l'intérêt général et des usagers, il doit faire une place aux acteurs locaux que sont les responsables de caisses de Sécurité sociale, parce que près du terrain et ayant mis en place des mécanismes de connaissance, ils sont à l'écoute des usagers et de leurs besoins.
- Au-delà de la modernisation, le progrès et donc le développement de l'ensemble des acteurs est à ce prix.

Comme l'écrivait en 1997 Dominique LIBAULT, « cette architecture qui organise le mariage de deux concepts pivots - contractualisation et management par objectifs -, afin de créer les synergies indispensables à assurer le service public attendu de nos concitoyens, est indéniablement ambitieuse. Si le pari est gagné, la Sécurité sociale pourrait apparaître comme le précurseur d'un nouveau mode de fonctionnement de l'État avec ses partenaires, fondé sur la négociation plus que sur le pouvoir régalién, contribuant à refonder par un nouveau contrat social une démocratie sociale apaisée et réaffirmant la légitimité et la capacité d'adaptation du service public. »

Faire des COG un progrès, c'est donc bien mettre en place un nouveau pacte de gouvernance liant l'État et les organismes sociaux...

DEBAT AVEC LA SALLE

QUESTION

Qui doit contrôler la performance de la Sécurité sociale ? Est-ce la Cour des comptes, l'IGF, l'IGAS, la tutelle seule ?

Rolande RUELLAN

Je vais vous horrifier, car je vais dire : tout le monde. Les caisses se disent : quelle avalanche de contrôles ! C'est d'ailleurs peut-être ce qu'elles ont ressenti dans la période la plus récente. Les inspections ministérielles qui sont au service de leur ministre doivent évidemment faire le bilan des COG et la préparation de la future COG. La Cour des comptes a une autre approche qui, à partir d'enquêtes transversales, est amenée à regarder sur tel ou tel sujet ce que la COG a prévu, et comment elle a été appliquée. Ce n'est pas du tout contradictoire. Les caisses nationales font bien sûr leur propre bilan de la mise en œuvre des contrats pluriannuels de gestion, chacune avec son prisme, chacune avec ses objectifs et ses responsabilités.

Frédéric VAN ROEKEGHEM

Je crois que nous sommes là pour ouvrir un débat, et il faut donc de temps en temps avoir des positions iconoclastes. Je pense qu'un des enjeux de notre pays est d'avoir plus d'actions et d'exigences dans la mise en œuvre des politiques publiques, mais que ceux-ci passent aussi par une réforme de l'État. Je crois que le positionnement de la COG est le bon. L'État doit être un stratège, l'État doit réglementer, il n'y a aucune ambiguïté sur ce point. La question des contrôles est plus finalement celle de l'organisation et de la coordination entre les différents corps. J'ai en tête que nous avons eu en 2006 dix-huit enquêtes de la Cour des comptes dans l'assurance maladie, plus les inspections de l'IGAS, plus les travaux, certes nécessaires, pour d'autres organismes. La question de la coordination, qui n'est pas simple car se pose de manière sous-jacente la question de l'indépendance des corps d'inspection, reste pour moi une vraie question, et la question de savoir si l'articulation entre l'action et la recherche des résultats d'une part, qui constituent la dynamique des conventions d'objectifs et de gestion, et le rythme des contrôles d'autre part, n'est pas une question qu'il faut se poser.

QUESTION

Est-ce que la démarche d'audit de toutes les administrations publiques, engagée par Bercy en 2005, est un exemple à suivre pour la Sécurité sociale ?

Frédéric VAN ROEKEGHEM

La question ne me paraît pas être celle de la multiplication des audits, mais celle des conséquences que l'on en tire. Je suis intimement convaincu qu'on ne tire des conséquences utiles des audits que s'ils sont portés par les équipes dirigeantes. C'est là que le « mix » entre audits externes et audits internes prend tout son sens, mais nous pourrions en discuter très longtemps.

QUESTION

Faut-il faire participer directement les assurés aux frais de gestion pour les sensibiliser aux coûts et aux performances de gestion des caisses de sécurité sociale ?

Jean-Louis HAURIE

Je pense qu'il y a certainement d'autres moyens pour sensibiliser aux coûts de gestion que de faire payer un service public déjà financé par l'impôt ou la cotisation. Quand on paie un prix, on ne sensibilise pas à la gestion, on paie le prix d'un service rendu. Sensibiliser les usagers à l'élaboration du service qui leur est rendu, c'est les prendre en compte par d'autres moyens (enquêtes de satisfaction, « focus groupe »). Je ne crois pas que la voie du paiement soit la voie à privilégier pour réconcilier les organismes de Sécurité sociale avec leurs usagers.

QUESTION

On n'a pas beaucoup parlé de gouvernance de la Sécurité sociale. Est-ce un élément de performance dans la qualité de service ?

Frédéric VAN ROEKEGHEM

Est-ce que la gouvernance est un élément important du pilotage d'ensembles aussi majeurs pour le pays que les branches de la Sécurité sociale ? Pour moi, oui, très clairement. Est-ce que nous nous améliorons dans la gouvernance ? Je pense que oui. On voit que le meilleur résultat, c'est finalement le taux de satisfaction des usagers, c'est cela qu'il faut regarder. Quand il se dégrade, il faut s'interroger rapidement pour savoir pourquoi. Mais on voit aussi que le jugement des usagers, tel qu'il ressort des enquêtes réalisées par la DREES, est globalement positif, même si des points importants d'amélioration subsistent. C'est aussi, d'une certaine manière, satisfaisant pour l'ensemble des gens qui participent à la Sécurité sociale que se dire qu'ils ont des points d'amélioration devant eux.

QUESTION

Il y a encore quatre ou cinq ans, il y avait tout un débat sur cette gouvernance un peu particulière des caisses, avec des partenaires sociaux et une direction qui dépend d'une tutelle d'État. Ce débat n'existe plus tellement aujourd'hui. Est-ce que la performance, la modernisation de ce service public de la Sécurité sociale ont contribué à le faire passer au deuxième plan ?

Frédéric VAN ROEKEGHEM

Je ne pense pas que ce débat n'existe plus. Ce n'est pas parce que l'on n'en parle pas maintenant que l'on n'en reparlera pas demain. Je peux en tout cas parler pour l'assurance maladie et ce qui est clair, c'est que nous allons chercher à clarifier encore les responsabilités. C'est toujours la même ligne directrice qui est finalement de savoir qui fait quoi, mais il est clair qu'il y a des interpénétrations que l'on ne pourra jamais totalement nier entre l'État, les partenaires sociaux, les cadres dirigeants et les personnels de la Sécurité sociale. Il reste toujours de très fortes relations, mais on peut considérer ce débat comme secondaire parce que nous partageons tous, l'État, les partenaires sociaux et les cadres dirigeants de la Sécurité sociale, la volonté d'améliorer la qualité de service aux usagers, de maintenir un système de protection sociale de haut niveau. Je voudrais ajouter, puisqu'il y a tout de même une grande connexion entre les COG et les politiques publiques, que nous sommes loin d'avoir totalement sécurisé cet ensemble, notamment sous l'angle de son équilibre économique.

Table ronde ENJEUX ET LEVIERS DE LA PERFORMANCE

**En comparant les approches de différentes structures – au sein de l'État, du service public social, du privé – quels sont les leviers essentiels d'amélioration de la performance et les conditions de réussite des projets ?
En particulier, quelle est la place de leurs « ressources humaines » et de leurs « cadres dirigeants » ?
Quels sont les leviers disponibles au sein de la Sécurité sociale ?**

Intervenants :

- Jean BASSÈRES, *secrétaire général du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie*
- Christian CHARPY, *directeur général de l'ANPE*
- Benoît LECLERCQ, *directeur général de l'AP-HP*
- Christian POIRIER, *conseiller du président de la Société Générale*
- Emmanuèle JEANDET-MENGUAL, *présidente du comité des carrières des agents de direction du régime général de la Sécurité sociale*

Jean BASSÈRES

Je me garderai bien de dire que ce que nous essayons de faire au ministère de l'économie et des finances est un modèle à suivre, même si j'ai lu un article récent des Échos qui semblait indiquer beaucoup de proximité entre ce qui se fait au sein de la Sécurité sociale et à la direction générale des impôts. Ce que nous faisons peut être en tout cas un élément de discussion avec vous.

Je voulais vous indiquer ce que nous essayons de faire à Bercy sous l'angle « Bercy gestionnaire », sur les grands réseaux du ministère, en insistant sur les deux points qui sont pour moi les plus importants : les leviers de la performance et le contrat de performance, qui est un outil que vous connaissez parfaitement et que nous développons au sein du ministère des finances.

Quels sont les grands leviers stratégiques de la modernisation et de la performance ? Ils sont au nombre de trois et m'apparaissent indissociables : qualité de service, efficacité et ambition sociale.

■ La qualité de service

Lorsqu'on s'interroge sur la vision qu'ont les Français de Bercy, on tombe systématiquement sur leur perception de l'administration fiscale. Qu'on le veuille ou non, c'est à la qualité des relations avec le contribuable qu'est jugée l'efficacité du service des finances. Nous avons conduit beaucoup d'efforts ces dernières années sur ce volet. Je pense que vous connaissez, en tant que contribuables, nos produits phares que sont la déclaration pré-remplie et la charte du contribuable. Nous avons également pris des engagements de service fortement exigeants qui sont certifiés chaque année par des organismes externes.

Je voudrais insister sur le fait que la qualité de service passe, dans un ministère comme le nôtre, par de profondes réorganisations, avec tout ce que cela peut impliquer comme contraintes en termes de changement. Nous avons, de manière historique, deux réseaux qui s'occupent du contribuable, la direction des impôts et la comptabilité publique. Tout le travail que nous menons depuis des années est de faire en sorte que cette complexité soit renvoyée derrière le guichet en utilisant un concept, celui de l'interlocuteur unique, qui est déjà mis en œuvre pour les entreprises.

Nous essayons également de le faire pour les particuliers en regroupant là où cela est physiquement possible les lieux d'accueil, ou en mettant en place des délégations croisées de compétences entre services. Ainsi, aujourd'hui, dans une phase expérimentale, 7 millions de Français bénéficient d'ores et déjà d'un interlocuteur fiscal unique.

Au-delà de ces modifications, nous avons mis en place, comme vous, des investissements extrêmement lourds dans le domaine des systèmes d'information. Grâce à cela, nous avons développé de manière volontariste tout ce qui relève du paiement en ligne et de la télédéclaration.

Je vais aller très vite sur ces sujets puisque vous les connaissez. Je vais cependant indiquer que les engagements de service ne concernent pas que le « vaisseau amiral » Bercy, l'administration fiscale, mais l'ensemble des services de Bercy. Je ne résiste pas au plaisir de vous indiquer que les enquêtes de satisfaction auxquelles nous nous livrons ont montré un très fort progrès dans la prise en compte de nos « clients ». Les clients du ministère des finances reconnaissent une qualité de service meilleure que les années précédentes. J'ai sélectionné une enquête récente sur le point de vue des contribuables : 82 % de satisfaits ; Du point de vue des comptables publics qui sont en relation avec les élus, nous avons un taux de satisfaction de 87 %. Ces taux nous encouragent à poursuivre dans cette démarche de qualité de service.

■ L'efficience

Nous avons, au cours des cinq dernières années, réduit de 11 263 le nombre de postes. C'est le tiers de l'ensemble de l'effort de l'État sur la période. C'est cinq fois plus par rapport aux cinq années précédentes. Cela veut dire, de manière très concrète, dans les grandes directions à réseaux du ministère, que nous ne remplaçons pas deux départs à la retraite sur trois.

Comment obtient-on ce résultat ? En utilisant des leviers qui sont communs avec ce que vous faites : les grands programmes informatiques, les restructurations territoriales, la spécialisation de back et front-office (production informatique, centres de contact...), la rationalisation des fonctions supports et des achats. Autant d'outils qui nous permettent de diminuer de manière assez significative nos coûts au cours de la période.

J'insiste sur la rationalisation des fonctions supports car nous avons actuellement des réflexions qui tournent autour de la paie ou autour des systèmes de back-office comptable et financier.

L'objectif est clair, il s'agit d'utiliser tous les leviers de maîtrise de la productivité, notamment les audits auxquels vous avez fait référence, mais aussi l'externalisation, afin de nous recentrer sur notre cœur de métier.

Le deuxième volet en termes d'efficacité et d'efficience – qui est l'esprit de la loi organique – est de se fixer et de fixer aux différentes directions de ce ministère des objectifs de performance assez ambitieux.

■ L'ambition sociale

C'est pour nous un point tout à fait majeur, car nous avons la conviction que la mise en place d'une politique forte de développement de la performance suppose à l'évidence des contreparties sociales significatives. Je ne vais pas vous raconter d'histoire : pour arriver à des suppressions d'emploi du niveau de celles que j'évoquais, nous sommes loin du long fleuve tranquille. Nous sommes donc régulièrement confrontés à des contestations du rythme, des modalités, et du champ des réformes. Nous souhaitons donc absolument que ceux qui les mettent en œuvre aient vraiment le sentiment qu'ils en sont aussi bénéficiaires à travers différents retours, assez classiques, que nous avons essayé d'explorer de manière systématique.

- Politique indemnitaire et statutaire au service des réformes : c'est le fait, par exemple, de mettre en place des primes spécifiques lorsqu'une réforme significative est mise en œuvre. C'est ce que nous avons fait par exemple pour la déclaration pré-remplie. Nous essayons, dès lors qu'on veut favoriser la mobilité fonctionnelle au sein de nos organisations, de supprimer les disparités indemnitaires au sein d'une même direction, pour éviter que l'affectation dans tel ou tel service soit favorisée parce qu'elle rapporte plus. Nous avons donc engagé, à la direction générale des impôts et à la direction des douanes, des politiques volontaristes d'harmonisation indemnitaire.

Nous avons mis en place des réformes statutaires pour la catégorie A, notamment pour tenir compte du fait que, dans le cadre d'un pilotage renforcé, le niveau régional ou interrégional est monté en puissance dans l'ensemble des réseaux.

- Gestion prévisionnelle : concernent les re-pyramidages catégoriels le fait d'avoir plus d'agents qui passent de catégorie C en catégorie B, et de catégorie B en catégorie A. Une expérimentation à laquelle je crois beaucoup est d'essayer de délocaliser le travail. Cette expérience est menée au sein de la direction générale des impôts et consiste à faire exécuter les activités de contrôle sur pièce d'une direction dans un département du sud de la France ou un département rural au profit d'un département d'Île-de-France.

Nous avons par ailleurs mis en œuvre un ambitieux plan de formation et avons développé l'intéressement financier aux résultats et à la performance.

Pour conclure, il existe un outil, que vous connaissez bien puisqu'il consiste à programmer sur trois ans les stratégies de réforme de nos différentes directions, qui s'appelle le « contrat pluriannuel de performance ». Nous en sommes, au ministère des finances, à la troisième génération de contrats. Toutes les directions du ministère sont aujourd'hui couvertes, soit environ 171 000 agents et 10 milliards d'euros.

Quel est l'intérêt de ces contrats ?

- Une ligne stratégique claire. Les réseaux ont besoin de vision directrice. Ils l'ont désormais, nous l'espérons, pour les trois ans qui viennent.
- Une très forte mise sous tension de l'appareil productif *via* la politique d'indicateurs et de contrôle de gestion qui s'est beaucoup renforcée ces dernières années.
- De la visibilité budgétaire, puisque les dotations sont connues pour les trois ans qui viennent, aussi bien pour les réductions d'effectifs que pour l'évolution des moyens. C'est en plus un outil de gouvernance particulier dans le cadre de la LOLF.

Voilà ce que je voulais vous indiquer, avec peut-être un mot pour dire que nous avons naturellement le sentiment d'avoir des marges de progrès notamment en matière de GRH, et peut-être en communication puisque nous avons beaucoup de mal, au sein de Bercy, à intéresser l'opinion publique, notamment les journalistes, aux actions de modernisation. Si j'ai modérément pu y contribuer aujourd'hui, j'en serais ravi.

Christian CHARPY

Je vais commencer par présenter en deux mots l'ANPE, que tout le monde connaît puisqu'elle a été créée il y a une quarantaine d'années, mais dont les gens voient peut-être mal le travail quotidien.

L'ANPE, c'est environ 30 000 personnes, sur 1 000 agences, qui reçoivent chaque jour des demandeurs d'emploi ou des entreprises. La particularité de l'agence est que nous avons, comme on dit dans notre jargon, deux types de clients : des clients demandeurs d'emploi, qui sont des clients un peu captifs ; des clients entreprises qu'il faut aller capter. Depuis la loi de cohésion sociale, il n'y a en effet plus d'obligation de signaler à l'agence les offres d'emploi vacantes. Nous devons donc aller chercher dans les entreprises les offres d'emploi pour permettre de satisfaire les besoins de nos demandeurs d'emploi. L'ANPE, c'est à peu près 20 millions d'entretiens chaque année avec des demandeurs d'emploi. Dans l'heure qui va s'écouler maintenant, nous aurons reçu à l'agence environ 10 000 demandeurs d'emploi. C'est donc vraiment une activité de masse extrêmement considérable, et qui de plus a l'avantage ou l'inconvénient d'être une relation personnelle entre un demandeur d'emploi et un conseiller. Au fond, un peu comme chez le médecin, on ne sait pas forcément ce qui se passe dans ces entretiens.

Il y a par ailleurs plus de 700 000 visites dans les entreprises et environ 3,5 millions d'offres d'emploi recueillies chaque année, qu'il faut essayer de satisfaire le plus efficacement possible, le plus vite possible et avec la plus grande qualité possible. Là aussi, la qualité de service est un élément essentiel.

La grande difficulté est que nous devons combiner à la fois un traitement de masse - le chômage en France est encore à une situation de chômage de masse - et un suivi le plus personnalisé possible, que ce soit du côté des demandeurs d'emploi ou du côté des entreprises. Croyez-moi, cette articulation n'est pas toujours très simple. D'ailleurs, dans un rapport récent, la Cour des comptes considérait que l'ANPE ne fait qu'un traitement de masse. Le problème est que nous avons une obligation de service à l'égard de tous les demandeurs d'emploi et que nous devons, dans le cadre de ce traitement de masse qui est obligatoire, nécessaire et utile, pouvoir engager un traitement personnalisé.

Pour permettre ces grandes transformations, parmi lesquelles le rapprochement avec l'UNEDIC, l'agence dispose aujourd'hui d'un cadre général dans lequel elle peut travailler. Tout d'abord la loi de cohésion sociale, qui a permis de définir en 2005 le rôle du service public de l'emploi et, au sein du service public de l'emploi, le rôle de l'Agence nationale pour l'emploi. Nous avons aussi signé, en 2006, avec l'État, un contrat de progrès qui est un document assez simple, d'une vingtaine de pages, qui ne rentre pas trop dans les détails, mais qui a l'avantage de fixer les perspectives. Nous avons également signé un autre document extrêmement important, le contrat tripartite entre l'État, l'ANPE et l'UNEDIC, qui fixe les obligations de chacun des partenaires.

Il est important de savoir que malgré tout ceci, souvent, les événements vont plus vite que les contrats qui sont signés. J'en prends deux exemples.

- Le suivi mensuel personnalisé mis en place récemment et grâce auquel chaque demandeur d'emploi, au bout du quatrième mois de chômage, doit être suivi par un conseiller personnel jusqu'à son retour à l'emploi. Ce suivi mensuel a été décidé en cours d'année, alors même que la loi de finances était bouclée, et il a fallu dégager des moyens supplémentaires parce que ce dispositif n'était pas prévu au départ.
- De la même manière, le rapprochement entre l'ANPE et l'UNEDIC est prévu dans la loi de cohésion sociale, dans le cadre du contrat de progrès et dans le cadre des conventions tripartites. Mais la fusion, elle, n'est pas prévue, alors qu'elle sera peut-être demain dans notre agenda politique et social.

Ce qui est très important pour pouvoir piloter un réseau de près de 30 000 personnes, c'est la clarté des objectifs. Je crois que sur ce plan, notre dispositif contractuel permet aujourd'hui d'apporter une certaine clarté et une certaine visibilité, notamment budgétaire. En même temps, il faut garder une grande flexibilité dans une capacité à s'ajuster. Au cours de l'année 2005-2006, à plusieurs reprises, le gouvernement a chargé l'ANPE de mettre en place un plan d'action à l'égard des jeunes, un plan d'action à l'égard des chômeurs de longue durée, un plan d'action à l'égard des jeunes des banlieues. Il a donc fallu pouvoir très vite s'adapter et mettre en œuvre ces dispositifs.

Ma conclusion sur ce point est qu'il faut à peu près trois mois entre le moment où une décision est annoncée et le moment où des mesures concrètes se font sur le terrain.

Pour piloter un tel réseau, il faut donc une clarté dans les objectifs généraux, mais aussi une simplicité dans les objectifs fixés au réseau. Vouloir piloter un réseau de 30 000 personnes en ayant des objectifs complexes, multiples et difficiles est strictement impossible. Le pilotage quotidien qui est réalisé à l'agence se fait avec une ligne hiérarchique relativement simple : des directeurs régionaux, des directeurs départementaux et des directeurs d'agence. Il faut un pilotage extrêmement simple, sur des objectifs très précis comme la régularité du suivi mensuel pour les demandeurs d'emploi, la collecte d'offres d'emploi, la satisfaction de l'offre, pour pouvoir être piloté au jour le jour, en tout cas chaque semaine et chaque mois.

Enfin, pour piloter correctement un réseau, il faut une gestion des ressources humaines adaptée. C'est sans doute là la grande difficulté des organismes publics, de devoir combiner une volonté de changement et d'incitation au changement, et en même temps des statuts publics qui rendent plus difficile la récompense de la performance.

Je crois donc qu'il y a une première exigence, celle de l'évaluation. Elle est mise en place depuis plusieurs années à l'agence au niveau de l'encadrement ; elle sera étendue à l'ensemble des agents de l'ANPE au cours de l'année 2007. Il y a bien sûr l'intéressement, qui existe aujourd'hui et qui permet d'accorder 2 % de masse salariale supplémentaire en fonction de l'atteinte des objectifs fixés dans le contrat de progrès. Il y a aussi la politique qualité, qui est un élément absolument essentiel pour motiver les équipes. Une première action s'est mise en place à partir de 2004-2005 qui visait à mettre en œuvre une démarche de qualité de service. À partir de 2007-2008, nous mettrons en place une qualité ISO pour pouvoir répondre au mieux aux besoins de nos clients, et surtout pour vérifier que les processus mis en œuvre au sein de l'agence sont suivis avec efficacité.

Je terminerai par deux éléments tout à fait essentiels. Le premier est la simplicité de la gouvernance. L'ANPE a l'avantage - certains diront peut-être le défaut - par rapport aux caisses de Sécurité sociale d'avoir une gouvernance plus simple. C'est un avantage car le directeur général, dès lors qu'il a la confiance du ministre, met en place la politique qu'il décide de mettre en place si elle est approuvée par le ministre. C'est un inconvénient néanmoins parce qu'il ne peut s'appuyer sur un conseil d'administration doté de pouvoirs suffisants, et associant les partenaires sociaux, ou les collectivités territoriales, de manière à pouvoir mettre en œuvre des choix politiques et des actions qui recueillent une large adhésion. La question de la gouvernance est essentielle et le sera tout particulièrement dans le grand chantier de la fusion de l'ANPE et l'UNEDIC.

Enfin, le deuxième élément est une politique de communication, interne, mais aussi externe. L'ANPE a une très grande notoriété, mais elle n'a pas toujours une image extrêmement favorable parce qu'elle s'occupe au fond de la misère des gens et que parfois, on l'accuse de ne pas apporter de réponses satisfaisantes. De ce point de vue, la communication, également à l'égard de la presse, est un élément essentiel pour montrer que l'ANPE bouge, qu'elle essaie d'obtenir des résultats.

Benoît LECLERCQ, directeur général de l'AP-HP

L'AP-HP est le quatrième centre hospitalo-universitaire que je dirige après ceux de Dijon, Nancy et Lyon. Je crois que, pour apprécier ce que peut être le management par la performance de nos établissements hospitalo-universitaires, il faut considérer d'abord leur environnement, puis le contexte sanitaire des années 2000 et, enfin, les actions que nous menons.

■ L'environnement

Dans la partie environnement, ce qui est important, c'est bien sûr de pouvoir suivre l'évolution des besoins de santé avec leur réponse hospitalière. À commencer par l'analyse de l'évolution démographique de notre société. Je ne m'attarderai pas sur le vieillissement qui conduit automatiquement et mécaniquement, mais aussi qualitativement, à une augmentation de la charge de soins, tant pour le très grand âge que pour le recours aux soins de spécialités pour les personnes âgées non dépendantes. Par ailleurs, certaines pathologies ont une incidence telle qu'elles apparaissent de manière plus fréquente avec le vieillissement ; je pense en particulier aux cancers.

On mesure donc bien la complexité du phénomène pour les hôpitaux en termes de patientèle et on voit bien que ce n'est pas qu'un effet démographique mécanique, et qu'il y a bel et bien, également, un effet qualitatif.

Ce que je veux dire, en tant que gestionnaire hospitalier, c'est que l'évolution que l'on constate aujourd'hui ne fait que commencer. Elle est inexorable, elle va s'accroître et sera sans doute lourde de conséquences sur le système hospitalier. L'hospitalier expérimenté que je suis - j'aurais bientôt soixante ans - se souvient toujours de la fermeture des anciens sanatoriums. Ce qui rappelle que, de temps en temps, les structures doivent s'adapter à des évolutions fortes.

Cette évolution démographique pèse aussi lourdement sur le poids de la charge des retraites. Et les politiques de protection sociale, qui tendent à limiter la charge de l'assurance maladie, vont donc aussi peser sur l'hôpital. Je ne parlerai pas des effets démographiques sur les personnels médicaux et hospitaliers qui doivent être intégrés dans la gestion hospitalière. Ils n'en constituent pas moins un élément important à prendre en compte.

Tous ces éléments ont des conséquences sur le fonctionnement et l'organisation des établissements de santé, publics ou privés. Ils doivent donc évoluer en permanence compte tenu de ces tendances démographiques, pathologiques et technologiques, qu'il serait trop long de développer ici.

Il en est de même face à la montée du consumérisme et de l'exigence des populations pour des soins à la fois sûrs et de qualité, accompagnés d'un accueil également de qualité, avec une information et une hôtellerie adaptées. Des progrès sont encore à faire, et ils sont nécessaires.

L'existence d'un monde associatif puissant, organisé autour de la défense de l'usager hospitalier, reconnu clairement depuis la loi du 4 mars 2002 de Bernard KOUCHNER, est un autre élément fort à retenir.

La représentation de l'usager dans la gestion hospitalière devient un élément important. Ce phénomène doit être rapproché également des questions de médiatisation qui, pour les grands centres, impactent lourdement notre fonctionnement quotidien. En outre, médiatiquement, apparaissent de plus en plus, y compris de la part du ministère, des classements d'hôpitaux, qui doivent être intégrés aussi dans notre environnement et dans notre réflexion, notamment par rapport aux affections nosocomiales.

■ Le contexte

S'il y a un environnement à prendre en compte, il y a aussi un contexte. Le contexte propre à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, l'hôpital que je dirige aujourd'hui, est bien sûr son plan stratégique, qui est un plan de développement de l'activité, un plan de restructuration des activités vers nos métiers de base, vers l'excellence et la recherche...

Il y a également le contexte législatif et réglementaire qui pèse directement sur notre fonctionnement. L'hôpital public, et l'AP-HP en est un, émerge aux marchés publics, émerge à la réglementation financière publique et relève du titre IV de la fonction publique hospitalière. À cela s'ajoute la réforme de la nouvelle gouvernance médico-administrative, et celle de la tarification à l'activité, après bien sûr le soutien à l'investissement du plan « Hôpital 2007 ».

Par ailleurs, l'hôpital public a en charge, pour sa part et pas à lui seul, les plans de santé publique : le cancer, le grand âge, la précarité, la périnatalité, les risques biologiques terroristes, les maladies rares, et j'en passe. Là aussi, il faut que nous intervenions activement.

Tout ceci doit participer à la mesure de la performance de notre établissement.

Je noterai à ce moment de mon exposé que l'on pourrait regretter que les analyses coûts/efficacité, ou plus exactement coûts/utilité, d'un certain nombre de mesures de plans de santé publique n'aient pas été réalisées préalablement - ou parallèlement - aux appels d'offres auxquels les hôpitaux ont répondu. Elles auraient sans doute permis de nuancer certaines politiques.

L'application des dispositions de 2007, sur la gouvernance et la tarification à l'activité, a été une nouvelle réforme pour les managers hospitaliers qui avaient déjà été mobilisés, notamment, par la réforme des 35 heures marquée par de longues, riches et rudes négociations.

La T2A (Tarification à l'activité) - nous sommes là directement dans la performance - peut pousser de manière vertueuse à la maîtrise des coûts, puisque, à un tarif donné pour un groupe homogène de séjours correspond de manière approximative un élément d'échelle nationale des coûts, et que tous ceux qui sont plus chers ont intérêt à redescendre pour se retrouver à un niveau de recettes compatible avec ces coûts. Mais en même temps, la T2A pousse au développement d'activités. Dans un marché contraint, celui de l'assurance maladie, il existe une lutte concurrentielle entre l'hôpital que je dirige et son environnement privé, public, parapublic. Il s'agit plus de reprise de parts de marché, plutôt à l'intérieur d'un volume d'activité existant qu'en termes de développement d'activités, même si les hôpitaux universitaires ont à développer un certain nombre d'activités nouvelles, mais qui restent, en termes de valorisation, marginales.

On note que les schémas régionaux d'organisation sanitaire et les fameux OQOS, les Objectifs quantifiés d'offres de soins, constituent un des éléments de régulation de l'ensemble du système auquel les hôpitaux doivent se plier pour permettre l'équilibre général.

Enfin, la nouvelle gouvernance médico-administrative à l'hôpital, amenant à faire participer les médecins à des conseils exécutifs, et à décrire des pôles médicaux d'activités regroupant un certain nombre de services, conduit de fait à associer les médecins à des choix, donc à des priorisations, qui ne sont pas aussi simples qu'auparavant.

■ Les actions

Une fois que l'on a défini ce contexte, quelle pourrait être la performance de l'hôpital ? Aujourd'hui, l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, pour la définir en terme de performance, doit d'abord réaliser un plan d'équilibre qu'elle a signé avec l'État. Elle l'a fait de 2004 à 2006 inclus. Elle s'engage pour 2007 et 2008 avec des ajustements, suppressions d'emplois, réduction de coûts et augmentation d'activités. Par ailleurs, elle s'engage sur les objectifs quantifiés d'offres de soins dans une fourchette de plus ou moins 10 % sur les territoires de santé où nous sommes présents, c'est-à-dire 15 sur 22 dans la région parisienne, sans parler des autres régions.

Mais plus concrètement, au quotidien, il faut bien avoir en main un outil de pilotage, donner aux pôles d'activités médicales qui sont les structures de productions médicales cliniques un outil de pilotage qui leur permette de se tenir à des indicateurs simples. Avez-vous tenu les objectifs d'activités qui vous étaient fixés, quantitativement, mais aussi qualitativement ? Avez-vous tenu vos objectifs de ressources ? Avez-vous tenu vos objectifs de qualité ? La qualité peut être le taux d'infections nosocomiales, la qualité d'accueil, le délai d'attente à un service de radio, le taux de retour du compte-rendu de consultation ou d'hospitalisation au médecin traitant en ville. Sur ce dernier point, aujourd'hui à l'Assistance publique de Paris, nous ne sommes pas excellents.

Tout cela pour dire qu'aujourd'hui, l'hôpital public, de mon point de vue, a les moyens de gérer de manière performante ses établissements en fonction des objectifs qui lui sont fixés par les pouvoirs publics, dans le cadre d'un environnement et d'un contexte que j'ai rappelés.

Rien n'est parfait, je le concède volontiers, je dis simplement qu'à partir du moment où nous pouvons réguler en interne, avec les mêmes outils que ceux de la régulation externe, alors nous sommes à peu près sûrs d'être en cohérence générale avec le système.

Christian POIRIER

Si vous le voulez bien, je vais commencer par un rappel de ce qui nous distingue, nous, « privés », à plus forte raison « privés cotés », du secteur public et du secteur social en matière de performance.

La distinction la plus nette porte bien entendu sur l'indicateur de la performance. Nous avons un indicateur synthétique global qui est censé anticiper notre performance opérationnelle et financière : le cours de bourse. Ce cours de bourse, à court terme, n'est pas toujours significatif, mais en revanche, sur longue période, il ne se trompe guère.

Dans les leviers de la performance, certains nous sont propres, secteur privé, d'autres sont complètement partagés avec le secteur public. Si vous le voulez bien, je vais insister sur les leviers qui me semblent partagés entre secteur privé, secteur public et secteur social, en prenant pour référence notre réseau de banque de détail.

- Le premier porte sur la cohérence de ce que l'on veut faire ensemble, de nos objectifs par rapport à l'environnement et au marché. Nous menons des exercices de prospective, à partir d'une analyse des tendances lourdes à dix ans, avec un grand risque d'erreur, cela va de soi. De manière plus opérationnelle, nous préparons des plans tri-annuels qui se déclinent eux-mêmes en budgets annuels, et ce du national au régional, puis au local jusqu'aux 2 200 guichets de notre réseau.
- Le périmètre du budget est devenu de plus en plus large fonctionnellement. Traditionnellement, il privilégiait les performances relationnelles et commerciales de nos collègues dans les agences, en contact avec les clients. On y a ajouté progressivement tous les middle et les back-offices, y compris au niveau du siège, et l'ensemble des canaux à distance, plates-formes téléphoniques et site Internet.
- L'interactivité a également cru. Cependant, soyons francs : nous sommes toujours en « top-down ». En d'autres termes, l'impulsion vient d'en haut. Mais le sommet se nourrit beaucoup plus tôt des apports du terrain. Par exemple, pour l'appréhension des tendances sociétales et des modifications comportementales des consommateurs, ce ne sont plus seulement des gens de marketing en central qui sont à la barre, ce sont aussi des gens du terrain qui sont sollicités. Par ailleurs, le « bottom-up », la remontée, est plus présente dorénavant dans la déclinaison des objectifs. Le central a largement et parfois totalement abandonné ses prérogatives à la région, puis aux directions d'exploitation. En clair, le siège s'est déclaré incompetent pour la plupart des objectifs déclinés au niveau local.
- La performance, c'est bien de l'objectiver, mais à condition de la mesurer et de la piloter. Le pilotage est plus dual qu'auparavant. On distingue le pilotage du fonds de commerce du pilotage des acteurs. Pour le fonds de commerce, nous avons mis en place des indicateurs de conquête de clients, de fidélisation, de valorisation, d'équipement de produits. Au niveau des acteurs, on passe au nombre de contacts clients, au nombre de ventes, mais aussi aux liens avec la plate-forme téléphonique, ou à l'utilisation des nouveaux outils disponibles sur le poste de travail.

Dans le pilotage des acteurs, la satisfaction client prend une place déterminante. Nous avons depuis longtemps une grosse enquête nationale ; elle est désormais doublée d'une enquête annuelle locale. 2 % de nos clients sont ainsi interrogés tous les ans sur un certain nombre d'items. Notre deuxième réseau, le Crédit du Nord, le fait maintenant semestriellement. Je précise que toutes ces enquêtes font ensuite l'objet de discussions au niveau des guichets, point par point.

D'une manière générale, le pilotage qualitatif est plus présent qu'avant, on le retrouve dans les middles et dans les back-offices, dans l'attention portée au montage et à la complexité des dossiers, et au respect des engagements pris vis-à-vis des clients.

- Difficile de ne pas évoquer l'informatique dans les leviers de la performance. Il y a encore quelques années, les informaticiens étaient parfois considérés comme une « corporation » à part. Ce sont maintenant des collègues tout à fait intégrés, avec une informatique complètement fondue dans le quotidien. Cela est moins cher qu'avant, c'est beaucoup plus fiable, c'est beaucoup plus ergonomique. L'interface homme-machine a fait l'objet de progrès fulgurants. Ça marche évidemment en temps réel dès que cela est nécessaire. Et surtout, les applicatifs produits sont maintenant sublimés par un dispositif de gestion de la relation client.

- Reste que le levier le plus décisif a évidemment concerné la gestion de nos ressources humaines et l'organisation des missions et process. Nos effectifs ont été stables sur les dix dernières années en matière de banque de détail. Ceci étant dit, cette stabilité a masqué de gros progrès en matière de productivité, avec des transferts vers le front-office, en matière de qualification de chacun et un renouvellement rapide des générations. Les rémunérations sont plus liées à la performance qu'avant, mais cependant probablement moins que ce que vous pourriez imaginer. Les budgets de formation ont beaucoup augmenté et le ressenti de nos collaborateurs, leur « moral », est suivi attentivement.
- Dernier levier de la performance, la communication interne qui permet transparence, cadencement et aussi implication de chacun.

Je termine par les axes de progrès. Bien entendu chez nous, probablement comme chez d'autres, lorsqu'on parle d'axes de progrès, cela sert à masquer pudiquement des échecs, ou du moins des insuffisances. J'en évoquerai quatre.

Tout d'abord, nos inerties culturelles, car si insuffisance il y a, il y a eu, ou il y aura encore, ce n'est pas sur l'informatique, ce n'est pas sur la nouvelle organisation, ce n'est pas sur l'évolution des coûts, tout cela a été remarquablement tenu, mais c'est sur la lenteur à faire évoluer les états d'esprit et à réussir l'appropriation de nouvelles méthodes et de nouveaux outils, s'agissant notamment de l'écoute des clients et de l'adaptation de l'offre aux attentes.

Le deuxième axe de progrès me paraît être l'alignement sur les meilleures pratiques. Même en tenant compte des écarts entre environnements de terrain, nous conservons des différences sensibles entre les guichets les plus performants et les guichets qui le sont moins, y compris en terme de satisfaction client.

Le troisième axe est la proactivité. Toutes nos enquêtes montrent, s'agissant des clients, qu'un long silence commercial à leur égard est mal perçu. Aujourd'hui nous sommes encore trop réactifs, et trop peu proactifs.

Quatrième axe, la mobilité sur le terrain est parfois trop rapide. Nous avons souvent l'habitude d'avoir des durées de poste de trois ans pour une partie de nos cadres. Il va probablement falloir, à la demande même des clients, que nous les allongions dans les années à venir.

Emmanuèle JEANDET-MENGUAL

Je préside une instance, le comité des carrières, qui a été créé il y a une dizaine d'années. Je suis membre de l'inspection générale des affaires sociales. Je n'appartiens donc pas au monde des caisses de Sécurité sociale. Le comité ne voit qu'une partie de la fonction RH de l'ensemble des caisses de Sécurité sociale, il donne un avis sur les postes considérés comme les plus sensibles de l'ensemble du réseau puisqu'il s'agit de postes d'encadrement, de direction et d'agents comptables.

Cette instance permet de donner un « coup de projecteur » sur l'encadrement supérieur des caisses de Sécurité sociale. Elle a en outre le mérite d'être transversale, car elle permet d'avoir un regard sur l'ensemble des caisses et de détecter le vivier de toutes les branches, et désormais de l'ensemble des régimes de Sécurité sociale, hors régime agricole. C'est une excellente focale pour voir se dessiner des évolutions, mais ce n'est qu'une partie de l'ensemble des leviers de la performance, que vous avez évoqués et analysés depuis le début de cette matinée.

J'ai organisé mon propos en quatre points :

- Tout d'abord, je ferai un rappel sur ce qui a conforté récemment l'activité du comité des carrières, qui est essentiellement une activité d'évaluation.

Nous voyons les candidatures aux postes de directeur des caisses de Sécurité sociale de l'ensemble des réseaux et les candidatures des agents comptables, sur la base d'une évaluation faite par la caisse nationale dans le réseau de laquelle travaillent les candidats.

Le protocole du 22 juillet 2005, qui a été passé entre les caisses nationales et les syndicats représentatifs des agents de direction, a permis la mise en place d'un processus d'évaluation en continu.

- Je parlerai ensuite de la mobilité des agents de direction.
- Puis, je ne résisterai pas au plaisir de vous dire un mot sur la parité.
- Enfin, je conclurai.

- Le protocole du 22 juillet 2005 introduit essentiellement un système de rémunération dans lequel les marges d'évolution salariale sont définies pour chaque fonction. Il existe une part variable de rémunération, donc, un « intéressement ». D'autre part il prévoit – ce qui intéresse directement le comité des carrières – un processus d'évaluation annuelle qui permet de prendre en compte deux éléments : la réalité des responsabilités exercées par chacun des agents de direction, qui renforce le dispositif qui existait jusque-là, avec un accompagnement à la mobilité, et la prise en compte de l'expérience professionnelle et éventuellement des cumuls d'activités que peuvent avoir certains agents de direction.

L'obligation d'évaluation est un processus que l'on connaissait déjà dans le monde de la Sécurité sociale. Il n'est pas né de ce protocole, et il n'est pas non plus né au moment de la création du comité des carrières, mais il s'est développé à cette occasion et il permet d'évaluer les compétences, d'apprécier le niveau de maîtrise de la fonction, d'évaluer les résultats de l'année précédente et de fixer des objectifs pour l'année suivante.

Associé à cette évaluation continue, existe un nouveau cadre de gestion des rémunérations en fonction de l'atteinte des objectifs, de la prise en compte de la maîtrise de la fonction et des responsabilités supplémentaires.

J'ajoute un mot sur ce cadrage de l'évolution des rémunérations. Il y a donc une part pérenne qui rémunère la progression sur les compétences mobilisées dans la fonction et qui s'apprécie sur la durée, et une part variable qui rémunère des résultats, des projets, et qui est mesurée sur l'année. Sur la procédure d'évaluation dans le cadre du comité des carrières, nous tentons d'évaluer, sur chacune des candidatures qui nous sont transmises (l'ensemble des directeurs des caisses nationales siège au comité des carrières), la capacité technique de chacun, ses compétences managériales, ses compétences partenariales, ses compétences entrepreneuriales. Nous en faisons ensuite une analyse de synthèse qui nous permet d'évaluer globalement le candidat. Nous l'évaluons non pas dans l'absolu, mais en fonction du poste sur lequel il souhaite être nommé et des caractéristiques de ce poste. L'avis du comité des carrières est donc un avis d'adéquation entre les compétences évaluées du candidat et le profil du poste, et par conséquent, d'une certaine manière, le profil de la caisse qu'il voudrait diriger.

Un petit mot un peu nuancé, voire critique, sur ce processus qui est en cours d'évolution, même si les uns et les autres, nous faisons le constat que l'évaluation progresse dans le monde de la Sécurité sociale et que cela nous permettra pour l'avenir d'avoir une véritable détection d'un vivier de potentiels et de hauts potentiels. Malgré tout, lorsqu'on regarde quelques pourcentages, on constate que par rapport à l'ensemble des agents de direction inscrits sur la liste d'aptitude - c'est-à-dire une procédure qui permet d'identifier ceux qui pourront poser leur candidature aux postes de direction des caisses de Sécurité sociale – seulement 23 % des agents qui sont inscrits postulent. On mobilise donc peu le vivier tel qu'il est constitué par la procédure de la liste d'aptitude, et encore moins quand il s'agit des postes d'agent comptable. De plus, nous faisons le constat que nous ne voyons pas s'accroître le nombre de candidatures ces dernières années. Nous avons donc un sujet mobilisation du vivier.

Nous avons un deuxième sujet, sur lequel je ne ferai pas d'interprétation particulière, qui est celui du vieillissement. Entre 2003 et 2005, la moyenne d'âge des directeurs est passée de 49 à 51 ans ; celle des agents comptables de 42 à 44 ans ; globalement, au sein de la liste d'aptitude, la moyenne d'âge évolue aussi dans le sens du vieillissement. Nous sommes tous appelés à faire des carrières plus longues, et c'est donc d'une certaine manière très positif. Mais en même temps, il faut faire attention à ne pas oublier de faire arriver des plus jeunes aux postes de direction de manière à renouveler le vivier.

- La deuxième focale sur laquelle je souhaitais attirer votre attention est celle de la mobilité. Le protocole que j'ai cité au début de mon propos permet de donner des éléments qui encouragent, favorisent et accompagnent la mobilité : maintien de la rémunération, versement d'indemnités de mobilité, aide au logement, aide à la recherche de travail du conjoint. Pour autant, la mobilité au sein des caisses de Sécurité sociale, dans la focale qui est la mienne, est extrêmement faible. Le tableau présenté ci-dessous permet de l'apprécier. Il se lit de la manière suivante. Sur la diagonale est représenté le nombre de cadres de direction en 2004 de chaque branche. Sur chaque ligne est indiqué le nombre de cadres issus de la branche qui ont été nommés dans une autre branche en 2005. On peut donc imaginer quelques marges de progrès en matière de mobilité...

Si l'on regarde ensuite non pas simplement la mobilité entre branches, mais la mobilité géographique, on constate que sur un effectif de référence de 1 794 agents de direction présents en 2004 et 2005, seuls 44 agents ont connu un changement de région, ce qui correspond à un taux de mobilité de 2,5 %. Là aussi, la mobilité doit pouvoir connaître quelques progrès dans les années qui viennent.

		2005					TOTAL	Taux de mobilité
		MALADIE	FAMILLE	RECOUV.	VIEILLESSE	AUTRES		
2004	MALADIE	851	6	7	3	0	867	1,8%
	FAMILLE	0	492	4	1	0	497	1,0%
	RECOUV.	5	3	314	0	1	323	2,8%
	VIEILLESSE	0	0	0	93	0	93	0,0%
	AUTRES	0	0	0	0	14	14	0,0%
TOTAL		856	501	325	97	15	1794	

Nous sommes donc face à un certain nombre d'obstacles à la mobilité, que, je le souhaite, ce protocole du 22 juillet 2005 aidera à lever. Mais je pense que nous sommes aussi en face de pesanteurs culturelles et il nous revient à tous d'essayer d'enclencher un mouvement. Le comité des carrières a une jurisprudence sur ce sujet, mais elle est symbolique. Elle consiste à refuser de nommer sur place un directeur quand il a été adjoint dans la caisse pour laquelle il postule. Mais ce seul élément n'est pas suffisant pour enclencher une mécanique générale de mobilité.

- L'autre focale que je souhaitais partager avec vous est le sujet de la parité dans les caisses de Sécurité sociale. Si l'on regarde les sous-directeurs, on observe que l'on a à peu près le même nombre d'hommes que de femmes (54 %-46 %). Si l'on passe aux directeurs adjoints, les choses commencent à se dégrader un peu, avec une proportion de 69 %-31 %. Quant à la population des directeurs, en 2006, elle passe à 79 %-21%. Pour les agents comptables, elle est de 65 %-35 %.

Ces quelques chiffres méritent réflexion. Au sein du comité des carrières, les directeurs des caisses nationales qui siègent avec moi et qui partagent ces moments de réflexion, savent à quel point j'y tiens : nous nous efforçons de regarder si nous pouvons favoriser, aider, accompagner la montée des femmes dans le vivier. Mais nous avons beaucoup de difficultés.

Si l'on cherche à savoir pourquoi nous avons des freins, et en étudiant une enquête qui avait été réalisée par l'association des anciens élèves de ce qui à l'époque était le CNESSS et est maintenant l'EN3S, on observe que pour les hommes, ce sont essentiellement des freins de nature professionnelle qui les empêchent éventuellement d'évoluer dans leur carrière, et donc d'accéder à des postes de direction. Quand on regarde les motivations des femmes, ce sont majoritairement des motivations d'ordre personnel, notamment de contraintes familiales et de disponibilité.

- Je termine ce rapide tour de piste de l'activité du comité des carrières en vous disant que notre avenir, c'est la détection des potentiels. C'est un objectif partagé entre les différentes branches et les différents régimes. C'est un enjeu absolument essentiel. Cela suppose, pour que cette détection des potentiels fonctionne, pour que la mobilité fonctionne, pour que le renouvellement du vivier fonctionne, que l'on ait un processus d'évaluation à la fois partagé et transparent, sur lequel se fonder, entre les différentes branches, entre les différentes caisses et entre les différents régimes.

Je termine en indiquant que le projet de création, avec l'appui de l'UCANSS, d'un centre d'évaluation reposant sur un système d'information partagé permettra de consolider les évaluations des cadres de l'ensemble des régimes et des branches, ce qui me paraît essentiel pour l'avenir.

DEBAT AVEC LA SALLE

QUESTION

Faut-il systématiquement récompenser l'amélioration de la performance ?

Christian CHARPY

Je crois que l'habitude est plutôt de ne pas récompenser la performance. La question est donc évidemment provocatrice. Je crois qu'il faut éviter un système qui, ne fixant que trois ou quatre objectifs, fasse qu'au fond on ne regarde que ces éléments-là et que l'on récompense l'atteinte de ces objectifs en ne regardant pas ce qui se passe ailleurs. Je pense que l'évaluation doit être globale.

Le point qui me paraît tout à fait essentiel en matière de récompense de la performance, c'est que le système soit cohérent du directeur général au directeur régional, au directeur départemental et au directeur d'agence, s'agissant de l'ANPE en tout cas.

QUESTION

Peut-on faire un tour de table très bref sur ce thème ? Aujourd'hui, comment récompensez-vous la performance, la modernisation, ce qui se fait pour améliorer la qualité de service ?

Jean BASSÈRES

Je passe sur tout ce qui est approche assez classique d'évaluation annuelle et de notation qui permettent d'avoir des avancements de carrière différenciés. Ce que nous avons fait de manière plus récente, ce sont deux choses. La première est de mettre en place un intéressement financier collectif à la performance, dans le cadre d'un réseau. Par exemple la direction générale des impôts, la direction de la comptabilité publique, les douanes ont douze indicateurs de performance. En fonction des résultats collectifs, un intéressement individuel est versé. Tous les agents sont concernés. Cet intéressement peut aller jusqu'à 150 euros par individu et par an.

Nous avons donc créé cela il y a deux ans. C'est un objectif qui a été critiqué par les partenaires sociaux qui contestaient le fait qu'on puisse lier une partie de la rémunération à la performance. Nous sommes dans un dispositif qui est aujourd'hui accepté, mais qui est assez général.

En revanche, les cadres, directeurs, chefs de service, sous-directeurs, chefs de bureaux au ministère des finances et les numéros un et deux, voire plus dans les niveaux déconcentrés, ont une partie beaucoup plus significative de la rémunération qui est liée à la performance. Nous sommes dans un ordre de grandeur de 5 à 10 % de la rémunération, selon les cas, liés à la performance, c'est-à-dire aux objectifs annuels qui font l'objet d'une évaluation annuelle.

Christian CHARPY

Nous avons deux régimes différents. L'intéressement est global pour l'ensemble des personnels et se fait sur sept indicateurs, quatre sont nationaux et trois sont choisis par les régions. La prime annuelle de performance, quand tous les indicateurs sont atteints, doit pouvoir monter aux alentours de 600 euros. S'agissant des managers, à partir de directeurs d'agence jusqu'à directeur général, la prime de performance sur les seuls directeurs d'agence va de 1 500 à 4 500 euros dans l'année s'ils ont atteint tous leurs objectifs.

Pour la prime d'intéressement, il y a des indicateurs de résultats comme le nombre d'offres satisfaites dans l'année, le nombre de placements réalisés. Il y a également des indicateurs de service comme le nombre d'offres pour lesquelles on a proposé des candidats parmi un vivier de candidats. Par contre, nous n'avons pas d'indicateur d'impact direct sur le nombre de chômeurs, même si cela aurait été une « bonne affaire » en 2006, car, bien évidemment, la conjoncture est un facteur essentiel dans les évolutions du chômage.

Benoît LECLERCQ

C'est un peu plus complexe en ce qui nous concerne. Les personnels non-cadres bénéficient de ce qu'on appelle une prime de service liée à la fois à l'ancienneté et à la notation. C'est un mode d'intéressement, mais qui est assez loin des moyens incitatifs classiques. S'agissant des cadres de direction – un peu plus de 300 à l'Assistance publique – ils disposent tous d'une prime fixe qui leur est accordée de manière statutaire et une prime variable, que seul le directeur général a la possibilité de faire évoluer dans le temps en fonction de critères qui sont les suivants : 30 % pour atteinte des résultats de l'institution ; 70 % liés à l'activité du cadre lui-même. Cette prime variable a une moyenne qui se situe un peu en dessous de 10 % aujourd'hui et un maximum qui peut aller à 20 %.

Enfin, il reste les membres du comité de direction, dont fait partie le directeur général, qui ont des primes variables, à la discrétion soit du directeur général pour les quatorze membres du comité de direction, soit du ministre pour ce qui concerne le directeur général.

Christian POIRIER

Il faut distinguer deux choses : l'accélération des parcours et les avantages directs que je vais qualifier de sonnants et trébuchants. Sur l'accélération des parcours, les techniciens des métiers de la banque, c'est-à-dire les non-cadres dans la convention bancaire, ont pour les plus performants d'entre eux un accès facilité et plus rapide au cursus « cadres ».

Le dispositif propre aux cadres inclut la détection des hauts potentiels et la participation à un certain nombre de viviers. Si je prends maintenant les avantages directs, à côté de la rémunération fixe, il convient d'abord de considérer l'intéressement et la participation. Pour cette année par exemple, qui se situe à un niveau élevé en regard des bons résultats de l'entreprise, on estime que l'intéressement va représenter environ un mois de salaire (avant abondement de l'entreprise pour les collègues qui vont préférer une rémunération en titres plutôt qu'en cash). S'agissant du variable, vous allez probablement être déçus. Pour les non-cadres aujourd'hui, le variable peut représenter quelques pour cent de la rémunération fixe, 2, 3, 4, 5 %, pas davantage, même s'il y a des disparités fortes. Pour les cadres, la moyenne est proche de 10 %. Pour les cadres supérieurs, on peut franchir la barre des 20 % et davantage pour les cadres dirigeants.

J'ajoute que l'entreprise a une tradition de distribution de ce que les Anglo-saxons désignent comme « *long term incentives* » c'est-à-dire stock-options et/ou actions gratuites assez large, qui va nettement au-delà des seuls cadres dirigeants.

QUESTION

Quels sont les avantages et les inconvénients de la mobilité consentie ou imposée par les dirigeants ?

Christian POIRIER

L'employeur, chez nous, a peu de moyens de pression sur la mobilité des non-cadres. Le volontariat, spontané ou assisté, correspond donc à la pratique. À l'inverse, contractuellement, les cadres ont un devoir de mobilité dans l'intérêt de l'entreprise, mobilité géographique ou mobilité fonctionnelle.

J'ajoute que les cadres les plus ambitieux savent fort bien que tous les postes ne se valent pas dans l'optique de la gestion de leur parcours au sein de l'entreprise.

Telle ou telle responsabilité en relation clientèle par exemple sera forcément bien valorisée à un moment donné. En ce sens, les mobilités font l'objet d'une grande attention, car elles déterminent largement la suite du cheminement professionnel.

Emmanuèle JEANDET-MENGUAL

J'ai présenté les questions de mobilité, car c'est une préoccupation au sein du comité des carrières. On savait bien les raisons des freins à la mobilité. Nous avons désormais mis en place des aides et un accompagnement. Je pense que nous devrions voir la mobilité progresser au sein des caisses de Sécurité sociale, ne serait-ce que par le renouvellement des générations, mais reconnaissons que pour le moment, cela décolle difficilement !

Philippe RENARD

Sur la rémunération, à la Sécurité sociale comme dans les autres institutions, nous avons un système d'intéressement depuis 2002, qui a été renouvelé d'ailleurs par un accord avec les partenaires sociaux en 2005. Son financement est l'équivalent de 1,45 % de la masse salariale chargée ; pour un individu qui aurait atteint l'ensemble de ses objectifs, on arrive à 450 euros, sachant que les indicateurs comprennent une part nationale et une part locale.

A ce système collectif d'intéressement s'ajoute un système de part variable de la rémunération qui commence à un niveau de cadre supérieur. Cela correspond à un demi-mois de salaire. C'est ce que l'on appelle la prime de résultat. Lorsqu'on est sur un statut d'agent de direction, on a une proportion plus importante, un mois de salaire pour les agents de direction autres que les directeurs, et cela peut atteindre un mois et demi pour les directeurs des organismes.

Nous avons un peu de recul pour pouvoir évaluer les résultats de la politique d'intéressement. Nous voyons d'ailleurs que nous avons réussi, avec les partenaires sociaux, à reconduire le dispositif et nous l'avons harmonisé entre les différentes branches du régime général, notamment quant au taux de participation au regard de la masse salariale. Je pense donc que cela a produit un effet positif.

En revanche, sur les systèmes variables de la rémunération, ces dispositifs sont mis en place depuis un an et il est encore un peu tôt pour en mesurer les impacts.

QUESTION

Pourquoi ne peut-on pas mettre en place une incitation financière pour les entreprises qui paient ou déclarent par Internet comme pour les impôts ?

Jean BASSÈRES

C'est vrai que nous avons mis en place un mécanisme d'incitation pour les particuliers, sur lequel nous nous interrogeons d'ailleurs. Je ne suis pas convaincu que le mécanisme d'incitation pour ceux qui télédéclarent ait vocation à être maintenu dans le temps.

Théoriquement, le dispositif a été voté pour trois ans, dont le PLF 2007. Il va y avoir une évaluation qui permettra de savoir si le Parlement futur voudra ou non maintenir la disposition.

Pour les entreprises, nous nous sommes posé moins de questions puisque nous avons rendu obligatoire le paiement par télé-TVA, étant précisé que pour les petites entreprises nous avons travaillé sur la gratuité des certificats. C'était cela l'objet central de la progression. Nous avons donc mis en place un dispositif spécifique pour les petites entreprises qui leur permet de ne pas avoir à acquérir un télé-certificat.

Jean-Luc TAVERNIER

Notre public est essentiellement celui des entreprises.

Le champ d'incitation financière à la dématérialisation est relativement ténu pour nous. Il est vrai que pour les grandes entreprises, comme au ministère des finances, nous procédons par des étapes successives, dans les trimestres et les années à venir, pour arriver à une obligation, au-delà d'un certain seuil, de télédéclarations et de paiements dématérialisés.

Nous avons bien des cotisants qui sont des particuliers employeurs, mais compte-tenu des sommes en jeu, il serait assez difficile de les inciter financièrement à télédéclarer et à télépayer.

QUESTION

Quel rôle joue la presse dans l'amélioration de la performance du service public ?

Benoît LECLERCQ

Les classements portent forcément sur la qualité, car tous ceux qui sont premiers sont contents de l'être et cherchent à le rester. Je rappellerai pour l'anecdote que, dirigeant le CHU de Nancy il y a quelque temps, mon établissement avait été classé premier, par *Le Point*, me semble-t-il. Même si je n'avais pas répondu à l'enquête. Il était septième l'année précédente et à nouveau septième l'année suivante. Tout cela parce que les critères avaient changé. Le seul critère qui avait changé l'année où le CHU de Nancy avait été classé premier était que l'on avait introduit la chirurgie de la main alors qu'à Nancy, justement, nous disposions d'un chirurgien très réputé - qui a d'ailleurs quitté la France pour aller exercer au Luxembourg - et qui a donc pesé lourdement sur le classement de l'établissement.

Ceci pour dire que la réalité des classements tient à peu de choses. En revanche, ceux qui sont toujours mal classés ont de bonnes explications pour dire pourquoi ils sont mal classés.

Ceci étant, plus sérieusement, il est toujours intéressant de faire un peu de *benchmarking*, surtout lorsque, comme moi, on a dirigé plusieurs hôpitaux. J'ai eu à connaître l'analyse des infections nosocomiales à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, hôpital par hôpital, j'en ai 38, avec le souvenir que j'avais de mes 17 hôpitaux lyonnais. J'étais assez content d'être directeur général des Hospices civils de Lyon du fait justement du décalage et des efforts qui avaient été faits qui classaient relativement bien les hôpitaux de Lyon. Tout est relatif, rien n'est parfait. Mon propos n'est pas de dire que tout va bien, mais simplement que le benchmarking, le classement et la comparaison ont au moins pour avantage de se positionner et de faire tout de même progresser la qualité globalement.

QUESTION

On a le sentiment que l'hôpital public est au fond un peu à part, parce que c'est le seul service public où la modernisation ne rime pas avec la réduction des effectifs. Je dirais même : on considère aujourd'hui qu'il ne faut pas réduire les effectifs à l'hôpital public. Qu'en pensez-vous ?

Benoît LECLERCQ

Je suis arrivé au CHU de Dijon en 1993, j'ai eu à supprimer 35 emplois pour un effectif de l'ordre de 5 000 environ. Je suis arrivé à Nancy quelques années plus tard ; j'ai été conduit à faire une réduction d'une centaine d'emplois, *versus* 7 000 à 8 000 personnes. J'arrive à Lyon où, par rapport à 15 700 personnes, j'ai eu à supprimer pendant les trois ans que j'ai conduit cette maison, environ 750 emplois. Aujourd'hui, je dirige l'Assistance publique-hôpitaux de Paris où le plan est d'une réduction de 1800 emplois, dont 580 pour la seule année 2007.

Il faut donc qu'on arrête de dire qu'on ne supprime jamais d'emplois dans les hôpitaux publics ! Je parle là des gestionnaires hospitaliers qui font cela pour équilibrer leurs budgets et leurs ressources. En revanche, il y a un développement d'un certain nombre de santés publiques fléchées, à juste titre le cancer, les maladies rares, le grand âge, la périnatalité qui parallèlement conduisent à créer des emplois de la part des pouvoirs publics financés par l'assurance maladie. C'est hors hôpital. C'est la collectivité qui décide. Effectivement, si je supprime 582 emplois en 2007, je vais sans doute être amené à en créer par ailleurs, grâce à la générosité des pouvoirs publics, toute chose égale par ailleurs, environ 600.

QUESTION

Jusqu'où peut-on comparer les performances des différents services publics et quels sont les éléments de comparaison les plus pertinents ?

Emmanuèle JEANDET-MENGUAL

Ce n'est pas facile. Comme j'avais choisi de ne vous présenter que quelques éléments parmi les leviers de la performance, je n'ai pas de réponse globale. Ceci dit, j'entendais mon voisin parler de la détection des hauts potentiels, etc., et je me dis que nous avons des points de comparaison sur comment évaluer, détecter les potentiels, assurer les trajectoires de carrière, arriver à faire monter au bon niveau, au bon moment, les bonnes personnes et à les faire évoluer en prenant en compte leurs contraintes personnelles. Cela me paraît un levier essentiel sur lequel l'ensemble des réseaux aujourd'hui se posent des questions du même ordre et y répondent, si ce n'est de manière identique, en tout cas sur des critères et des modalités assez proches les uns des autres.

Christian CHARPY

Je crois qu'il est extrêmement difficile de comparer les performances de chacun des services publics. Leur rôle étant différent, on peut difficilement les comparer les uns aux autres. En revanche, si l'on regarde les choses de manière transversale, on peut dire que la notoriété, la bonne image, la rapidité de traitement, sont des choses que l'on peut probablement comparer de l'un à l'autre. Mais si l'on mesurait l'efficacité de la direction du budget au déficit budgétaire et celui de l'ANPE au nombre de chômeurs, je pense que l'on n'aurait pas des choses très faciles à gérer ensemble.

Jean BASSÈRES

Il y a tout de même un élément très intéressant qui est la qualité de service. Nous sommes tous capables maintenant de nous regarder, de nous échelonner, avec des questions posées à des usagers, des clients. Nous avons là des indications assez claires. En règle générale, je trouve que la comparaison est toujours utile, même si elle ne doit pas déboucher sur un jugement ferme et définitif. Elle amène à s'interroger.

Je vais prendre un exemple sur les coûts de gestion et les coûts de recouvrement. Certaines analyses indiquent que l'ACOSS et les URSSAF ont un coût de gestion qui se compare favorablement à la DGI. Je peux vous dire que côté DGI, on essaie d'analyser ces écarts. Cela va faire apparaître le fait que l'on n'a pas les mêmes contraintes, les mêmes résultats, les mêmes procédures, mais s'interroger est en soi un facteur de progrès. D'ailleurs, au sein d'un réseau, lorsqu'on diffuse les résultats avec les mêmes indicateurs, cela suscite beaucoup de débats passionnants.

QUESTION

Aujourd'hui, quel écart sépare, en termes de coûts de recouvrement, la DGI et les URSSAF ?

Jean BASSÈRES

Comme je l'indiquais, les fortes différences relatives à la nature des impositions ou cotisations en cause rendent l'analyse délicate. C'est ce que nous regardons actuellement, dans la perspective, cela est clair, de la retenue à la source. Sachant qu'à mon avis, la question centrale, si la décision politique était prise de passer à la retenue à la source, ce n'est sans doute pas uniquement un débat de coût de recouvrement. J'ai le sentiment que d'autres questions, sans doute plus complexes, doivent être prises en compte, je pense notamment à la gestion de la trésorerie de l'État, aux contrôles à mettre en place vis-à-vis des entreprises et de « bouclage » global avec la situation du contribuable.

Dominique LIBAULT

Sur ce sujet, la chance que nous avons à la Direction de la Sécurité sociale, c'est d'avoir des caisses, des réseaux, qui ont un certain nombre de performances attendues assez comparables. C'est la chance que l'on peut avoir entre CAF, CPAM, URSSAF ou même les branches des autres régimes, c'est-à-dire la capacité de comparer, notamment sur la qualité de service où il y a des attentes communes et où l'on peut essayer de comparer la performance. Pour autant, on s'est bien rendu compte que cela n'allait pas de soi parce que chaque branche mesurait avec des indicateurs spécifiques. On a donc fait tout un travail de benchmark. Je rends à nouveau hommage à André FITO puisque c'est lui qui a mené ce travail de benchmark et d'identification d'indicateurs communs à l'ensemble de la Sécurité sociale pour pouvoir comparer utilement les performances. On est très avancé dans ce travail. À partir de 2007, on peut publier des tableaux de bord réguliers de la performance de la Sécurité sociale.

Pour autant, il y a encore beaucoup de travail à faire car sur certains sujets, on n'arrive toujours pas à avoir des indicateurs communs sur des sujets pourtant assez simples.

Je crois qu'il est tout à fait utile de comparer, également sur les coûts de gestion, le recouvrement. Je rejoins là Jean BASSÈRES. En même temps, il faut faire attention car on ne recouvre pas la même chose, la même masse, et un impôt peut être plus ou moins difficile à recouvrer. Nous avons travaillé, à la demande du Président de la République, sur le sujet « valeur ajoutée ». Une des conclusions fortes, communes à l'ensemble des experts de Bercy et de nous-mêmes, était de dire que vu l'extrême difficulté de l'appréhension de la valeur ajoutée, on savait qu'il y aurait des coûts de gestion certainement plus élevés que si l'on reste sur la masse salariale qui est tout de même une notion facilement appréhendable et pour laquelle le travail est en partie fait par les entreprises elles-mêmes.

MARDI 6 MARS 2007

QUEL PROJET POUR LE SERVICE PUBLIC DE LA SECURITE SOCIALE ?

Philippe BAS, ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille

Mesdames, Messieurs,

L'événement d'aujourd'hui est l'occasion de rassembler toute la grande famille de la Sécurité sociale. C'est aussi l'occasion d'inviter les amis de la famille, extérieurs, par leurs fonctions, au monde de la Sécurité sociale, mais proches d'elle, par leur réflexion. Leurs interventions peuvent nous aider à penser l'avenir de la démocratie sociale, cette grande idée française pour gérer ce patrimoine commun à tous qu'est la Sécurité sociale.

Je vous remercie d'être venus aussi nombreux. C'est la preuve de votre engagement pour le service public de la Sécurité sociale dont vous exprimez l'unité.

Je suis attaché à cette unité. Chacun d'entre vous est un responsable d'une caisse locale ou d'une branche, mais vous êtes collectivement acteurs de ce système de solidarité collective qui est singulier en Europe. Depuis son origine jusqu'à aujourd'hui, la Sécurité sociale est un tout. Par les valeurs de solidarité qu'elle exprime, par son mode de financement et d'organisation, par l'association des partenaires sociaux dans sa gestion, par la complémentarité de ses branches, par le vote chaque année d'une loi de financement unique créée par la révision constitutionnelle de 1996, à l'initiative du Président de la République.

La Sécurité sociale, c'est une organisation qui, en unissant de manière indissoluble solidarité et assurance, vise à protéger l'ensemble de la population contre les risques de l'existence.

Notre protection sociale constitue, pour les Français, une police d'assurance financée par la solidarité de tous. Une police d'assurance où chacun cotise en fonction de ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins.

Vous avez choisi cette année de construire votre réflexion et vos échanges autour des notions de solidarité et de performance.

Les Français sont profondément attachés à la valeur de solidarité, et à la Sécurité sociale qui lui est intimement liée.

J'aimerais vous convaincre, non seulement que notre Sécurité sociale est déjà performante, ce qui ne la dispense pas de devoir continuer à s'améliorer, mais encore qu'elle contribue aux performances de la France.

J'aimerais vous dire aussi ce que nous faisons et ce qu'il faudra faire de plus pour renforcer encore cette performance. C'est ainsi que nous garantirons à nos compatriotes le maintien d'un très haut niveau de protection sociale malgré les défis et les coûts du vieillissement de la population et de l'accélération du progrès médical.

--- 0 ---

Vous pouvez être fiers d'œuvrer dans un service public performant. La Sécurité sociale s'est améliorée constamment depuis sa création. Nous devons encore progresser à l'avenir pour maintenir sa légitimité et les valeurs de solidarité qui nous animent.

Lorsqu'on les compare à ceux d'autres services publics ou même d'autres entreprises similaires du secteur privé, les résultats des caisses de Sécurité sociale sont souvent enviables.

La Sécurité sociale a joué un rôle de précurseur dans la démarche contractuelle et dans le suivi de l'efficacité des politiques publiques. Depuis dix ans déjà, les conventions d'objectifs et de gestion reflètent cette dynamique, bien avant par exemple la démarche de la loi organique relative aux lois de finances pour l'État.

La Sécurité sociale a su améliorer son efficacité. Les coûts de gestion des caisses de Sécurité sociale sont aujourd'hui de l'ordre de 4 %, ce qui est très satisfaisant au regard des coûts de la plupart des structures privées, même si, bien sûr, il faut encore s'efforcer d'améliorer ce ratio.

Cette performance, c'est d'abord une grande qualité de service et la satisfaction des besoins des Français.

Quelques chiffres permettent de l'illustrer. Pour le seul régime général, plus de 49 millions de personnes ont eu recours au système de soins en 2005. Les caisses d'allocations familiales ont reçu 19 millions de visites et 36 millions d'appels téléphoniques. Près de 7 millions d'entreprises, d'indépendants, de particuliers employeurs cotisent auprès des URSSAF.

Et si la satisfaction des Français se maintient à un très haut niveau dans toutes les enquêtes, cela est dû aux efforts constants des organismes pour améliorer le service apporté aux usagers.

Vous le savez, les conventions d'objectifs et de gestion fixent des objectifs chiffrés et les évaluent.

Nous pouvons mesurer le chemin parcouru avec cette réforme historique du régime social des indépendants, avec la centaine de téléprocédures et de téléservices proposés aujourd'hui, avec la réduction des délais de traitement, particulièrement des feuilles de soins avec la carte Vitale, avec l'amélioration de l'accueil téléphonique. Il ne faut pas hésiter à le dire pour tordre le cou à de vieux lieux communs : la Sécurité sociale est l'un des services publics les plus engagés dans l'amélioration du service rendu aux Français.

La performance, c'est aussi l'efficience de la gestion.

Cet axe est aussi essentiel que celui de la qualité de service. Nos concitoyens sont en droit d'exiger une gestion exemplaire de la Sécurité sociale, comme de l'ensemble des services publics. Il faut plus que jamais que chaque euro dépensé, tant pour la gestion des caisses que pour les prestations qu'elles servent, soit un euro utile.

Pour cela, la Sécurité sociale doit adapter son organisation, réaliser les gains de productivité que permettent les évolutions technologiques, redéployer ses moyens en fonction de l'évolution des besoins, lutter contre les fraudes et les abus.

Je sais que pour l'ensemble des organismes, les efforts demandés sont importants. Je remercie l'ensemble des dirigeants, administrateurs et agents de direction, qui prennent les décisions et les mettent en œuvre, l'ensemble des agents qui les mettent en pratique.

Les conventions d'objectifs et de gestion que nous avons déjà signées et celles que nous négocions actuellement permettront de relever le défi de la performance tout en répondant aux enjeux d'organisation territoriale.

Mutualisation et proximité ne sont pas incompatibles ! Les gains de productivité des différents réseaux seront obtenus sans renoncer aux valeurs qui nous animent.

C'est en dégagant des marges de manœuvre dans nos activités de production que nous pourrions redéployer une partie des moyens vers d'autres activités. A cet égard, je suis très attaché au maintien de la présence des organismes de Sécurité sociale dans l'ensemble des territoires – notamment en milieu rural mais aussi dans les zones urbaines – et aux efforts faits vers l'accompagnement des publics fragiles, qu'il s'agisse des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées.

Simplification pour les usagers et efficience de la dépense sont nos deux grandes priorités.

Au-delà de ce qui a déjà été accompli et des projets qui sont sur le point d'aboutir, je voudrais insister sur trois mesures de simplification qui nécessiteront un investissement tout particulier de votre part.

- La déclaration de ressources pour les allocataires de la branche famille sera supprimée dès les revenus 2007 au profit d'une transmission directe des données par l'administration fiscale. Cette décision est maintenant prise. Les développements informatiques débutent immédiatement. La simplification pour les allocataires se doublera de gains de productivité : plusieurs dizaines de millions d'euros seront ainsi économisés chaque année.
- La déclaration commune de revenus des travailleurs indépendants auprès des organismes sociaux sera supprimée à partir des revenus 2008, là aussi au profit d'une transmission des données fiscales. Les modalités techniques de la réforme seront arrêtées pour l'automne 2007. Cette simplification très attendue viendra parachever la mise en place du régime social des indépendants et de l'interlocuteur social unique à compter du 1^{er} janvier 2008, que nous avons voulue avec Renaud DUTREIL. La complexité est pour le service public, pas pour le travailleur indépendant, qui doit pouvoir se consacrer à ses clients et non à des formalités !
- Enfin, j'ai décidé la mise en place par le groupement d'intérêt public « Modernisation des déclarations sociales » d'une déclaration sociale nominative. Ce projet ambitieux permettra une simplification radicale, une forte réduction du coût du traitement des déclarations sociales, pour les entreprises comme pour les organismes sociaux, et un renforcement considérable de l'efficacité de la lutte contre les fraudes.

La déclaration sociale nominative substituera à la plupart des déclarations actuelles une déclaration nominative unique dématérialisée liée aux logiciels de paie des entreprises.

Les avantages seront nombreux : réduction drastique des formalités administratives des entreprises, meilleure qualité de service pour les assurés, amélioration de la lutte contre les fraudes et gains de productivité pour les organismes sociaux.

Je souhaite que tous les organismes membres du groupement d'intérêt public contribuent activement à la réalisation de ce projet et mettent les bouchées doubles pour expérimenter cette déclaration dès le début de l'année 2008.

Parmi les axes de travail importants pour les prochaines années, je veux insister sur la lutte contre les fraudes. En effet, les fraudes sur les prestations mais aussi sur les cotisations sont non seulement la cause de pertes financières inacceptables pour la Sécurité sociale, mais elles sapent les fondements de la solidarité.

Je sais tous les efforts que vous accomplissez dans ce domaine. Je souhaite notamment saluer l'action des URSSAF qui sont unanimement reconnues comme un acteur majeur de la lutte contre le travail dissimulé et contre l'évasion sociale.

Ces efforts portent leurs fruits. Entre 2003 et 2005, les contrôles des arrêts de travail ont été considérablement renforcés : leur nombre a été porté de 450 000 à 750 000. Les contrôles réalisés en 2005 ont permis de montrer que 15 % des arrêts de travail étaient injustifiés. Nous poursuivons cette année ces actions de contrôle.

Les caisses d'allocations familiales accomplissent, elles aussi, un travail important pour détecter les prestations versées à tort et lutter contre les escroqueries. Chaque année, un million de contrôles sur pièces sont effectués et près de 360 000 contrôles au domicile des allocataires. Pour la seule année 2005, les prestations versées à tort représentaient 935 millions d'euros, soit 2,7 % du total. L'amélioration du taux de recouvrement de ces indus – qui se situe autour de 66 % – est donc un enjeu primordial. Près de 2 300 fraudes aux prestations ont également été recensées contre 1 650 l'année précédente, ce qui représente un préjudice de 21,5 millions.

C'est dire que nous avons le devoir de poursuivre notre action pour que les moyens de la solidarité nationale soient employés pour aider ceux de nos compatriotes qui en ont vraiment besoin.

--- 0 ---

Vous pouvez aussi être fiers, Mesdames et Messieurs, d'œuvrer dans un service public qui contribue aux performances de la France.

Ce haut niveau de protection sociale que vous garantissez par votre action quotidienne est, en effet, au cœur des performances économiques de notre pays.

Notre protection sociale joue un rôle de stabilisateur en cas de crise. Si l'on avait diminué les droits sociaux en période de faible croissance pour des motifs budgétaires, on aurait accentué les difficultés économiques au lieu de les amortir. C'est pourquoi je suis hostile à l'idée de confondre en un même texte des choses aussi différentes que le budget de l'État, avec ses crédits limitatifs, et la loi de financement de la Sécurité sociale, avec ses objectifs de dépenses évaluatifs. La Sécurité sociale ne saurait en aucun cas devenir la variable d'ajustement du budget de l'État.

La Sécurité sociale est aussi un facteur d'innovation et de croissance. Grâce à notre haut niveau de protection sociale, chacun peut travailler, créer, innover, consommer sans être inhibé par la crainte des risques de la vie. En matière économique et sociale, on oppose trop souvent le risque à la sécurité. On a tort. Pour prendre des risques, pour tenter sa chance, pour innover, il faut de la sécurité. L'absence de protection conduit aussi sûrement à l'immobilisme que l'excès d'assistance. Sans la Sécurité sociale, ou avec une Sécurité sociale réduite à une portion congrue, notre société serait incapable de relever les grands défis économiques de notre temps.

Je voudrais également insister sur l'effet des politiques de Sécurité sociale, notamment de la politique familiale, sur la démographie et la croissance. Bien sûr, les motivations de la politique familiale sont avant tout de répondre à une demande sociale, de faire en sorte que les couples puissent avoir le nombre d'enfants qu'ils souhaitent et puissent les élever dans de bonnes conditions. Mais nous ne pouvons ignorer les enjeux économiques de la natalité. Une fécondité supérieure, c'est non seulement un dynamisme plus grand pour la France, mais c'est aussi un pas supplémentaire dans la pérennisation de nos systèmes de retraite par répartition, une augmentation de la population active et une accélération de notre croissance. Les chiffres récents de la natalité française montrent que nous avons raison de poursuivre la politique en faveur des familles engagée en 2002.

Enfin, sur le plan financier, la modernisation de notre système de Sécurité sociale est le meilleur moyen, et d'ailleurs le seul, de réguler durablement les dépenses.

La réforme de l'assurance maladie a montré qu'un changement profond des comportements, fondé sur le principe de responsabilité, permet de maîtriser structurellement les dépenses de santé. Entre 2004 et 2007, le déficit de l'assurance maladie aura été divisé par trois.

Les pays développés sans système solidaire sont ceux où les dépenses de santé ont le plus augmenté. L'exemple des États-Unis le montre bien. Alors même que seulement 45 % des dépenses de santé américaines sont couvertes par la protection sociale – elles sont 77 % en France –, ces dépenses atteignent 14,6 % du produit intérieur brut en Amérique contre 9,5 % en France.

Ma conviction, c'est donc que la Sécurité sociale, à condition d'avoir une politique très volontariste, est aujourd'hui le meilleur instrument de maîtrise des dépenses de santé. La privatisation de notre système ne pourrait qu'en aggraver les coûts, tout en créant des injustices. Car la plus belle performance de notre Sécurité sociale, c'est d'assurer la solidarité entre tous les Français.

--- 0 ---

Mesdames, Messieurs,

Je ressens avec vous la fierté d'être responsable du service public de la Sécurité sociale, ce bien précieux, socle du « pacte social » de notre pays.

La capacité de la Sécurité sociale à conjuguer solidarité et performance dépendra à l'avenir de sa capacité à évoluer dans un monde qui se transforme rapidement. Le gouvernement s'est résolument engagé dans cette voie. Je rappellerai ici les deux réformes fondamentales que nous conduisons, celle des retraites et celle de l'assurance maladie.

Vous connaissez bien ces réformes, puisque c'est vous qui êtes amenés à les mettre en œuvre directement avec les assurés, les professionnels de santé et les entreprises.

Vous en connaissez donc les difficultés. Vous en savez aussi la nécessité.

Pour l'avenir, des adaptations, des réformes seront à nouveau nécessaires. Je pense en particulier à la dépendance, défi sur lequel j'aurai l'occasion de m'exprimer très prochainement. L'ensemble des acteurs de la Sécurité sociale devra être partie prenante de ces réflexions et de ces évolutions.

Je me réjouis donc que, durant ce forum, l'ensemble des responsables des organismes de Sécurité sociale et les partenaires sociaux se réunissent pour une réflexion commune. Le gouvernement sera très attentif, soyez-en certains, aux conclusions de vos travaux.

Je vous remercie.

Table ronde NOUVELLES ATTENTES, NOUVEAUX DEFIS

Les grands défis qui vont interpeller et conditionner l'évolution de la Sécurité sociale : vieillissement de la population, finances publiques, construction européenne, nouveaux besoins sociaux.

Intervenants :

Raoul BRIET, *président du conseil de surveillance du fonds de réserve des retraites*

Martin HIRSCH, *président d'Emmaüs France*

Philippe GEORGES, *directeur de la CNAF*

Jérôme VIGNON, *directeur de la protection sociale et de l'intégration sociale de la Commission européenne*

Raoul BRIET

Philippe BAS a dit que ce colloque rassemblait des amis de la Sécurité sociale. Je parlerai donc comme un ami de la Sécurité sociale. Et entre amis, nous pouvons nous dire des choses sur un ton qui doit être un ton de vérité.

Je rappellerai rapidement ce que sont les enjeux ou les défis que le vieillissement représente de manière générale pour notre système de Sécurité sociale. J'essaierai ensuite d'illustrer de façon plus concrète pour les responsables, les gestionnaires de notre Sécurité sociale que vous êtes, ce que ces défis peuvent avoir comme implication sur votre manière d'exercer vos responsabilités.

Sur l'impact du vieillissement, je voudrais immédiatement souligner deux points, pour éviter que mes propos à venir ne soient mal compris.

D'abord, je préfère parler d'avancée en âge plutôt que de vieillissement, parce qu'en réalité nous sommes vieux de plus en plus tard dans nos sociétés. L'avancée en âge de la population est d'abord une bonne nouvelle. L'espérance de vie qui progresse est une espérance de vie sans incapacité et je pense que, en faisant écho à ce que disait Philippe BAS tout à l'heure, pour une large part, ces gains d'espérance de vie sont dus à notre société solidaire et à notre système de Sécurité sociale.

Deuxième préalable : on parle de plus en plus de la notion d'équité intergénérationnelle dans un contexte de vieillissement. Je crois que c'est un souci légitime, un souci important. En même temps, il faut savoir que la définition d'équité intergénérationnelle est tout sauf évidente. Comme le dit un spécialiste en la matière, nous sommes sûrs quand nous parlons d'équité intergénérationnelle de comparer des choses qui ne sont pas comparables, des cohortes et des générations qui ont chacune eu leur vie, leur cycle. Il faut donc être prudent dans le maniement de cette notion. Par ailleurs l'équité intergénérationnelle n'est pas tout. L'équité, au sein d'une même génération, l'équité immédiate, l'équité instantanée est une donnée tout aussi importante.

Une fois rappelés ces préalables, je voudrais souligner que le vieillissement fera peser sur nos systèmes de Sécurité sociale des tensions considérables, des tensions que l'on a peut-être tendance à sous-estimer. Les travaux de la Commission européenne sur l'impact du vieillissement sur les systèmes de protection sociale à l'horizon 2050 montrent que le seul impact du vieillissement génère des besoins de financement supérieurs à trois points pour un pays comme la France, ce qui la classe à peu près dans une honnête moyenne au niveau de l'Union européenne : deux points pour les retraites, deux points pour la santé et la dépendance, et un point en moins susceptible de survenir du côté du chômage et de l'éducation.

Il faut savoir bien sûr qu'à terme, le vieillissement n'est pas le seul facteur d'alourdissement des dépenses. S'agissant de la santé ce n'est qu'un facteur parmi d'autres et il est loin d'être le plus important. Nous savons par ailleurs que les besoins de prise en charge du grand âge et de la dépendance sont sujets à des variations ou à des estimations qui peuvent considérablement rehausser l'impact du vieillissement sur notre système de protection sociale.

Et en même temps, nous voyons que dans la société de plus en plus dure, concurrentielle qui est la nôtre, des besoins sociaux nouveaux émergent, des besoins sociaux mal satisfaits, et qui ne se résument pas au problème de vieillissement, qu'il faudrait également être capable de financer. Tout cela dans un contexte où il est toujours rappelé, au niveau des discours stratégiques ou au niveau européen, que des pays comme les nôtres doivent massivement investir dans l'économie de l'intelligence, dans l'éducation, dans la recherche, dans l'innovation. A moins de considérer que tout cela peut s'additionner purement et simplement sans difficulté, sans conséquence en termes économiques, en termes fiscaux et en termes d'acceptabilité sociale, et l'on voit bien qu'il n'est pas possible, sans risque majeur pour notre pays, de tout ajouter. Le vieillissement nous imposera plus encore demain qu'hier de fixer des priorités et de faire des choix.

Quels sont les risques si nous ne procédons pas à cet examen ?

Le premier risque est que la Sécurité sociale aille de plus en plus dans une voie qui la conduise à financer les priorités du passé plutôt que les priorités de demain, c'est-à-dire qu'il y ait une sorte d'effet d'éviction et que nous tournions le dos à ce que d'aucuns appellent un État social actif. Un État social actif est celui qui investit dans la jeunesse et dans l'éducation, sachant que le meilleur instrument de réduction des inégalités et de lutte contre la pauvreté réside précisément dans des investissements dans la jeunesse et dans l'éducation.

Donc, le gros risque est, qu'entraîné par sa propre inertie dans un contexte de vieillissement, le système de protection sociale reflète ou satisfasse davantage les priorités d'hier que les priorités de demain.

Le deuxième risque est que l'équité intergénérationnelle soit manifestement rompue. Je vous disais tout à l'heure à quel point la mesure précise de l'équité intergénérationnelle était un leurre. En revanche, il peut y avoir des ruptures manifestes d'équité intergénérationnelle. Je vous dirais, parce que c'est ma conviction personnelle, que nous nous y sommes installés de manière totalement anormale et irresponsable en matière d'assurance maladie depuis 5 ans. Je n'arrive pas à comprendre comment nous pouvons justifier vis-à-vis des générations futures que nous finançons une partie des soins actuels à crédit, à la charge des générations à venir et de celles qui ne sont pas encore entrées sur le marché du travail. Mais indépendamment de l'exemple de l'assurance maladie, je vous citerai quelques chiffres sur ce que représente l'accroissement de la dette qui va peser sur les générations à venir. La génération 50, quand elle a eu 20 ans en 1970, a hérité d'une dette qui équivalait à 30 % du PIB. La génération 70, quand elle est arrivée en âge d'activité en 1990, voyait mise à sa charge une dette de 35 % du PIB. Encore à peu près le même montant. La génération 90, celle qui arrivera à l'âge d'activité en 2010, aura une dette qui représentera entre 55 et 60 % du PIB, c'est-à-dire à peu de choses près le double de celui qui pesait sur la génération 70.

Voilà donc des données lourdes, qui doivent structurer la réflexion sur les politiques de protection sociale. Je me contenterai sur ce point – je ne vais pas vous parler de retraite ou de santé en général – de deux illustrations concrètes sur les retraites et sur la santé. Sur les retraites, je ne pense pas que nous puissions continuer, vis-à-vis des jeunes générations, à faire l'impasse comme nous avons tendance à le faire sur ce que seront les retraites en 2030 et en 2040. Nous sommes en quelque sorte limités dans nos horizons de discussion, de réflexion ou de débat, par des horizons qui sont courts vis-à-vis de ce que sont les systèmes de retraite. Et ce que je constate, au FRR en particulier, c'est le fait que plus on réforme le système, plus on détruit la confiance des jeunes générations quant à la capacité même de ce système à leur délivrer à terme une retraite d'un niveau correct.

Voici une autre illustration des choix à faire en matière de dépendance ou en matière d'assurance maladie. Compte tenu du fait que le nombre de maladies exonérées et prises en charge à 100 % continue à augmenter et continuera à augmenter mécaniquement, pouvons-nous tout à la fois nous permettre le maintien de cette évolution et dégager les moyens pour financer de manière beaucoup plus significative la perte d'autonomie du grand âge ? Il y a, à l'évidence, du fait de notre vieillissement, des redéploiements à faire.

Pour ce qui est des défis qui portent sur les gestionnaires, je pense que l'objectif est de faire en sorte que la Sécurité sociale ne devienne pas un élément de fracture générationnelle. En effet, par delà le financement, il ne faudrait pas que la Sécurité sociale soit perçue comme un système de transfert imposé aux jeunes et bénéficiant aux plus âgés, parce que plus les choses avancent, plus l'assurance maladie est aussi un système de transfert qui va au bénéfice des personnes avancées en âge. Donc, je pense que la Sécurité sociale a toujours eu une vocation de cohésion et de solidarité intergénérationnelle et elle doit être consciente à l'avenir de la nécessité d'éviter de dériver vers un modèle où elle ressemblerait un peu au système américain qu'évoquait Philippe BAS tout à l'heure, avec de la retraite destinée par construction aux plus âgés et un système d'assurance maladie qui lui-même bénéficierait de fait principalement aux plus âgés.

Si j'avais un message à vous laisser – et ce sera le mot de conclusion –, c'est que dans toutes vos décisions en matière de gestion des ressources humaines, dans le choix des administrateurs dans les caisses, dans la politique d'information vis-à-vis des générations les plus jeunes, dans la politique d'action sociale de la branche famille et de la branche retraite, que dans tous ces domaines, vous ayez le réflexe de vous dire : « L'action que je vais entreprendre sera-t-elle de nature à conforter l'adhésion et le crédit que doivent continuer à avoir les jeunes générations vis-à-vis de notre système de Sécurité sociale ? »

QUESTION

Quel est aujourd'hui l'encours du fonds de réserve des retraites que vous présidez ? Et qu'est-ce qui était prévu lorsqu'il a été créé il y a 6 à 7 ans ?

Raoul BRIET

L'encours actuel est de 31 milliards d'euros. Cela a un peu fondu la semaine dernière. Il est clair que nous sommes dans un sentier d'évolution qui nous conduit à l'horizon 2020 à des montants compris entre 80 et 100 milliards d'euros, si nous restons sur cette tendance. Sans parler de chiffres en valeur absolue, je dirais que dans la tendance actuelle, nous pourrions faire face à environ un quart des besoins de financement du régime général.

La priorité politique que nous donnons au FRR, est rigoureusement représentative de l'intérêt que nous portons aux générations jeunes, aux générations d'après 2020 parce que le FRR est précisément un outil de financement des retraites futures. Un chroniqueur récent, en parlant du FRR, a dit que la France était un pays où demain n'existait pas. Et il est vrai que si nous mesurons l'attention aux générations les plus jeunes au poids et à la place que nous donnons au FRR, nous pouvons ne pas être totalement rassurés par le diagnostic actuel.

Martin HIRSCH

La réunion d'aujourd'hui, et les différents sujets évoqués m'inspirent quelques réflexions sur « Et la pauvreté dans tout cela ? », que j'essaierai de résumer en trois constats et cinq défis.

■ Premier constat

Je pense que, autant nous pouvons être fiers de la Sécurité sociale, autant nous n'avons pas à nous glorifier d'un « modèle social français » qu'aujourd'hui il est très difficile de trouver, notamment quand nous regardons les questions de pauvreté. Pourquoi dire qu'il est difficile de parler de « modèle social français » ? Parce que tant que nous aurons un taux de chômage supérieur à la moyenne européenne et en même temps un nombre de travailleurs pauvres supérieur à la moyenne européenne, il sera extrêmement difficile de parler de modèle social français. Tant que nous aurons une espérance de vie qui est parmi les plus élevées du monde industrialisé mais des écarts d'espérance de vie entre catégories sociales qui sont également parmi les plus élevées et qui continuent à augmenter, nous aurons du mal à parler de modèle social français.

Je pense que sur ce débat, nous avons besoin de nous recentrer sur ce que nous voulons modifier, préserver et améliorer plutôt que de gloser sur le modèle social français comme si c'était quelque chose d'absolument sacré.

■ Deuxième constat, sur les politiques de pauvreté.

Comme vous le savez, il n'y a pas de branche pauvreté dans la Sécurité sociale. À mes yeux, il n'y a pas véritablement de politique de lutte contre la pauvreté en France au sens où nous devrions l'entendre, c'est-à-dire autour d'objectifs, autour de politiques de long terme, autour de mécanismes cohérents pour le faire. En réalité, il y a eu finalement deux politiques qui ont eu un effet indirect sur la pauvreté – et tant mieux – au cours des 40 dernières années. Ce sont les politiques de retraite et la politique familiale. Ce sont elles qui, indirectement, ont permis de réduire la pauvreté et de faire en sorte que, notamment pour la politique de retraite, cela permette à la pauvreté des plus de 60 ans de diminuer de manière tout à fait sensible. Mais, le fait qu'il n'y ait pas de politique globale de lutte contre la pauvreté a conduit à masquer certaines évolutions, c'est-à-dire que, grosso modo, la diminution rapide de la pauvreté chez les plus de 60 ans a masqué l'augmentation insidieuse de la pauvreté chez les jeunes, chez les actifs, chez les familles. Et aujourd'hui où les courbes se croisent à un moment donné, où l'une d'entre elles se renverse aussi, conduisant à la stabilisation ou à l'augmentation du taux de pauvreté, nous voyons ré-émerger la pauvreté chez les plus de 60 ans, alors que nous ne voyons pas diminuer la pauvreté chez les actifs, chez les jeunes et dans les familles. Nous avons effectivement un problème à prendre en compte de manière profonde.

■ Troisième constat

Dans les travaux que nous essayons de mener pour sortir les gens de la pauvreté, nous voyons que trois facteurs égaux pèsent.

- Le premier facteur peut être le contexte économique, la croissance, etc. Les données macro-économiques. Ce facteur compte peut-être pour un tiers.
- Le deuxième tiers tient aux personnes elles-mêmes, aux problèmes de formation, de qualification, de motivation, de mobilité, etc.
- Le troisième facteur, dont le poids est équivalent aux deux autres, est dans les contradictions et les méandres de notre propre système, et les pertes d'efficacité que l'on peut constater.

Quand nous comptons dans un département 51 aides accessibles à un RMIste, quand nous constatons qu'aucun des acteurs sur place ne connaît ces 51 aides, et que certaines aides sont délivrées dans des conditions qui sont contradictoires, il y a un problème.

Quand dans des départements, nous posons la question de savoir quel est le taux de RMIstes qui bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire et que ce taux peut être parfois 40 %, parfois 50 %, parfois 60 %, au mieux 80 %, nous nous disons qu'il y a un problème dans la complexité de notre système. D'où cinq défis.

■ Premier défi

Repenser les protections non plus de manière tronçonnée, risque par risque, avec des enchevêtrements de difficultés, mais centrées autour de la personne. Concrètement, qu'est-ce que cela veut dire ? Quand nous essayons de monter des programmes, nous avons besoin de l'État, des services du conseil général, de la CAF, de la CPAM, de l'ANPE, des ASSEDIC, du volet formation de la région, etc. Chacun a souvent des logiques qui ne sont pas coordonnées, ni au niveau local, ni au niveau de la personne. Recentrer autour de la personne force à poser toute une série de questions à la fois organisationnelles, à la fois sur la nature des prestations, à la fois sur le nombre de prestations, à la fois sur les transversalités. C'est, me semble-t-il, un chantier absolument majeur même s'il paraît très peu reluisant au premier abord.

■ Deuxième défi

Le deuxième défi majeur est l'articulation entre les revenus de solidarité et les revenus du travail. Notre système a été conçu dans un certain modèle de travail. Ce modèle est aujourd'hui dépassé et il faut repenser toute la question des minima sociaux, en articulation avec les revenus du travail. Nous n'y échapperons pas et nous n'avons pas à y échapper. Nous avons au contraire à préparer et à mettre en œuvre une profonde réforme des minima sociaux si nous ne voulons pas cultiver cette autre opposition entre ceux qui travaillent et ceux qui vivent de l'assistance et ont des obstacles à l'emploi. Le premier obstacle à l'emploi se présente quand le retour au travail coûte de l'argent, ou s'il en fait bénéficier à court terme, conduisant 18 mois après, une fois le mécanisme d'intéressement éteint, à effectivement perdre de l'argent. Et cela suppose de repenser tous ces mécanismes, qu'il s'agisse des minima sociaux eux-mêmes, de la prime pour l'emploi qui est venue plus perturber qu'améliorer le système, ou des différentes allocations qui y sont liées. Cela devrait conduire à plus de lisibilité. Quand nous sommes face à un RMIste et que nous lui proposons un emploi, il pose la question : « Mais du coup, à la fin du mois, et à la fin du mois dans un an, quels seront mes revenus ? », le système est à peu près incapable de lui répondre.

■ Troisième défi

Le troisième défi est celui de l'articulation entre les solidarités obligatoires et les solidarités facultatives. Je suis frappé, connaissant un peu les systèmes de protection sociale par mes fonctions antérieures, de voir comment cela fonctionne et ce que nous demandons au secteur associatif. Nous n'avons pas stabilisé la théorie et la pratique sur comment se complètent ces deux types de solidarité. Nous avons tendance à faire, en France, qu'une solidarité chasse l'autre, c'est-à-dire que nous glorifions éventuellement les associations pour permettre à l'État et à la protection sociale de se retirer ou à l'inverse nous entretenons des relations qui ne sont pas toujours suffisamment complémentaires et saines entre la solidarité obligatoire et la solidarité facultative. Quand nous parlions tout à l'heure de 77 % de prise en charge, ce n'est pas du tout la même chose quand les 23 autres % sont bien répartis ou mal répartis, quand ils sont assurés par le budget direct des ménages ou par d'autres modes de solidarité. Nous voyons que nous pouvons, à partir des mêmes chiffres, avoir des réalités tout à fait différentes.

■ Quatrième défi

Il nous faut pouvoir ne pas avoir peur de la véritable expérimentation pour modifier nos curseurs et nos dispositifs. Notre dispositif est complexe. C'est une sorte de mikado. Quand nous enlevons un dispositif, car nous disons qu'il est complexe, et qu'il ne marche pas, il faut alors enlever une des baguettes sans faire tomber toutes les autres. Je citais tout à l'heure l'exemple des 51 aides. Dans le système actuel, si nous enlevons une des 51 aides, même celle dont personne ne connaîtrait l'existence, nous ne sommes pas sûrs d'améliorer le dispositif ; nous aboutirons peut-être à détériorer la situation de certaines personnes. Aujourd'hui, dans un système de protection sociale, qui fait face à des changements européens mais aussi des changements de répartitions entre les collectivités territoriales, des changements de la place de la société civile, des changements dans le mode du travail, il y a certainement à repenser de nouvelles actions, en commençant par de véritables expérimentations. Et c'est ce que nous essayons de faire.

■ Cinquième défi

Le dernier défi est celui des objectifs. Tant que la protection sociale ne se sera pas vue assigner un certain nombre d'objectifs simples en matière de résultats sociaux, nous aurons du mal à la faire évoluer. J'en propose trois ou quatre. Tant que nous ne nous serons pas engagés à réduire le nombre d'enfants pauvres, tant que nous ne nous serons pas engagés véritablement à réduire les inégalités de santé, tant que nous ne nous serons pas engagés à réduire le nombre de travailleurs pauvres, tant que nous ne nous serons pas engagés à stopper le renversement de tendance sur la pauvreté des plus de 60 ans, nous aurons du mal à réfléchir aux défis nouveaux de notre système de protection sociale.

Philippe GEORGES

De façon générale, je crois que rien n'a été fait récemment, en matière d'action sociale, pour clarifier les compétences des uns et des autres et notamment pour déterminer des blocs de compétence entre les différents acteurs, ce qui serait peut-être une première réponse et de toute façon une réponse partielle à l'interpellation de Martin HIRSCH sur la complexité et le jeu des acteurs. Je ne dis pas que c'est la seule réponse mais je crois qu'il ne faut pas écarter des réponses en matière de coordination et de meilleure articulation des dispositifs. J'ai coutume de dire qu'une des meilleures coordinations est la coordination biologique, celle que nous faisons à l'intérieur de nous-mêmes. L'idée est de définir beaucoup mieux les compétences des uns et des autres de façon à ne pas se marcher sur les pieds, et non d'éviter de générer des jeux d'acteurs qui font partie de la nature humaine. Si nous n'arrivons pas à cela, nous raterons l'objectif. Je crois qu'il ne faut pas s'illusionner en croyant que les caisses d'allocations familiales peuvent être un interlocuteur unique. Personne aujourd'hui ne peut prétendre être cet interlocuteur sans un travail considérable de simplification du champ des compétences des uns et des autres.

Derrière cette question, une question plus fondamentale consiste à se pencher davantage sur des objectifs politiques. Quand Martin HIRSCH dit qu'il faut se définir des objectifs, du style réduction du nombre d'enfants pauvres, il s'agit bien d'objectifs de politique sociale. Aujourd'hui, avec les COG, nous sommes davantage dans la recherche d'atteinte d'objectifs de gestion. Nous pourrions parler d'une « convention d'objectifs de gestion » plus que d'objectifs et de gestion. L'évolution incessante et assez considérable de tous les organismes sociaux que nous mesurons justement à travers les résultats des COG démontre la capacité des organismes et notamment des caisses de Sécurité sociale à atteindre les objectifs que nous leur assignons. Il y a longtemps que les caisses ne se contentent plus de liquider vite et justement les prestations. Il y a tout un travail fait en amont et en aval.

En amont, c'est la tentative, couronnée de succès, de permettre l'accès aux droits des catégories les plus défavorisées. En aval, ce n'est pas se contenter de verser les prestations, mais assurer un ensemble de mesures regroupées sous le qualificatif d'« accompagnement social ». Sur ce plan-là, les caisses ont bien progressé.

Ce qui manque aujourd'hui, c'est la clarté des objectifs politiques. Elle est difficile à percevoir dans la multiplicité des programmes et des prestations, qui est une source de difficulté pour les acteurs eux-mêmes, pas seulement une difficulté pour les bénéficiaires potentiels. Je crois qu'il vaudrait mieux clarifier ces objectifs, et surtout - je reviens à ce que je disais en préliminaire - assurer une meilleure mise en regard de ces objectifs et de ces acteurs. La décentralisation est un élément de perturbation réelle. Je ne dis pas cela pour remettre en cause le mouvement de décentralisation. Il est puissant. Je dis simplement qu'il ne doit pas conduire à, au mieux, l'enchevêtrement des compétences (car cela ne fait de peine à personne et n'élimine personne), et au pire, à des évictions d'acteurs qui ne se sentiraient plus motivés pour intervenir. Je crois qu'il y a là, de notre part, organismes sociaux, une interpellation lancée à l'État qui est : « Quelle vision a-t-il de son service public de la Sécurité sociale ? Quelle mission lui assigne-t-il ? » Tous les transferts de compétence aujourd'hui se font vers les collectivités territoriales. Je rappelle qu'il y a deux types de décentralisation dans un pays comme le nôtre : il y a la décentralisation territoriale, géographique, qui va effectivement vers les collectivités territoriales, mais il y a aussi une décentralisation fonctionnelle qui va vers des grands services publics nationaux. Et la Sécurité sociale est l'exemple parfait de cette forme de décentralisation. Pourquoi l'oublier ? Je crois qu'il faut vraiment clarifier ce point très rapidement. Pour preuve, le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée nationale qui sort très prochainement. Il est consacré en partie à l'action sociale, et à l'articulation de l'action sociale du régime général et des collectivités territoriales, et il semble aboutir à une articulation qui se résout de façon relativement sommaire : il s'agit de basculer l'ensemble des compétences d'action sociale sur les collectivités territoriales. C'est une articulation très particulière... Pourquoi pas ? Mais cela ne se décide pas au terme de rapports unilatéraux et probablement dans le cas présent d'un rapport qui est plutôt fait sous l'influence des collectivités territoriales, mais cela relève certainement d'un débat public, d'une sorte de conférence institutionnelle qui permettrait de réunir les trois grandes catégories d'acteurs : l'État, les collectivités territoriales et bien sûr la Sécurité sociale.

Jérôme VIGNON

Martin HIRSCH a eu raison tout à l'heure. Si nous regardons notre pays, au regard de certains objectifs essentiels de la Sécurité sociale qui sont d'assurer la cohésion sociale et l'intégration de la Nation, de réduire la pauvreté et les inégalités, nous ne sommes pas les mieux placés ni par rapport à la pauvreté des enfants, ni par rapport à l'accès au marché du travail, ni par rapport au chômage de longue durée, par rapport aux chances que les descendants d'immigrés ont de se situer dans la société. Nous ne sommes pas bien placés. Mais pas dramatiquement mal placés non plus. Il ne faut pas exagérer et nous flageller, d'autant plus que nous avons aussi des motifs d'être fiers, comme le disait le ministre tout à l'heure.

Mais ce qui m'a intrigué dans l'intitulé de notre table ronde est que la construction européenne soit considérée comme un défi supplémentaire pour la Sécurité sociale qui n'en manque déjà pas avec le vieillissement, la pauvreté, les nouveaux besoins, les transformations culturelles. Cela m'a obligé à réfléchir un peu rapidement pour vous restituer mon expérience. Je voudrais plutôt dire que la construction européenne, depuis ses origines, a établi une connivence culturelle, une sympathie profonde avec la Sécurité sociale, que ce soit en France ou dans les autres États qui partagent un « modèle social européen ».

Je rappelle simplement que la création de la Sécurité sociale, telle que nous la connaissons aujourd'hui, est l'héritière de la Résistance, des premiers décrets de 1945 de Pierre LAROCHE, et qu'elle coïncide avec le lancement de la communauté européenne. Le défi que nous voulions relever était un peu le même, il était symétrique. Il s'agissait pour la Sécurité sociale d'avoir véritablement une qualité universelle, d'être le vecteur de la cohésion, de l'ensemble de la Nation. Et pour la construction européenne, il s'agissait aussi d'établir une solidarité de type universel, puisqu'elle devait associer les pays quelle que soit leur taille, leur langue, leur richesse. Les deux ambitions de solidarité sont advenues simultanément. Et toutes les deux, après 50 ans, doivent aujourd'hui se remettre en question, en France comme ailleurs. Il s'agit de savoir comment nous gardons le cap sur les valeurs essentielles, tout en adaptant un certain nombre de structures qui ont vieilli, victimes de leur succès.

S'il est un témoin de cette connivence, de cette parenté d'ambition solidariste, à la fois externe et interne, c'est la commission administrative européenne de la Sécurité sociale. Elle est sans doute une des institutions européennes les plus anciennes (depuis 1970) et elle a pour charge d'assurer la coordination et la compatibilité de nos 27 systèmes de Sécurité sociale, de manière à ce que tout travailleur mobile et sa famille, lorsqu'ils se déplacent dans l'Union, soient bénéficiaires des mêmes droits sociaux que s'ils étaient des nationaux de l'État dans lequel ils se déplacent.

Il y a donc ce petit miracle dans l'Union européenne qui est un peu la source de ce dont je vais parler. Les régimes nationaux de Sécurité sociale sont parfaitement indépendants. Ils sont singuliers. Celui de la France est unique. Mais, en même temps, ils sont coordonnés, et ils ont des ambitions communes.

Ces ambitions communes pourraient se placer – puisque nous regardons l'avenir – sous une certaine vigilance, mais en même temps sous une coopération active. Vigilance parce que depuis 1992, depuis Maastricht, avec l'union monétaire, existent l'obligation du déficit limité à 3 %, les lignes directrices économiques, le pacte de stabilité monétaire, et nous savons que la France, l'Italie, l'Allemagne, pendant quelques années, ont eu maille à partir avec la Commission européenne. Nous savons aussi qu'une part importante de ce déficit structurel dont Raoul BRIET a parlé ne vient pas de l'État même mais vient de la Sécurité sociale dans son ensemble, de la difficulté structurelle à équilibrer ses comptes, comptes qui aujourd'hui dépassent, dans leur taille, ceux de l'État, justifiant ainsi la pression à l'augmentation des déficits et de l'endettement.

Les ministres des finances de l'Union européenne se sont invités à la table de la réforme de la protection sociale dans son ensemble et de la Sécurité sociale en particulier dans toute l'Europe, d'où les chiffres que nous a cités tout à l'heure Raoul BRIET. Cette pression, cette vigilance européenne autour des 3 %, et donc le fait que le déficit et la réduction des déficits sociaux soient un enjeu d'intérêt commun, ne se traduisent pas par une perspective brutale d'obligation de changer radicalement les systèmes modernisant une invitation à être mutuellement transparents sur les voies qui sont choisies, pour avancer selon leur propre rythme en gardant leur tradition et leurs valeurs, tout en modernisant leurs structures. On pourrait parler d'une sorte de sollicitude vigilante européenne autour des régimes de Sécurité sociale.

La sollicitude à travers le comité européen de la protection sociale, instaurée par le traité de Nice dont Raoul BRIET a été l'un des premiers présidents, et qui, pour le compte des ministres aux affaires sociales et des ministres de la Sécurité sociale, a élaboré petit à petit une espèce de philosophie commune autour des conditions de l'universalité d'accès à une protection sociale.

Comment vivre le maintien de cette universalité, alors que la société change, qu'elle est plus individualiste, plus utilitariste, et que nous vivons le long d'un cycle de vie au cours duquel certaines solidarités, en particulier familiales, sont plus fragiles et pourtant toujours essentielles ? Le comité européen de protection sociale trace ici quelques grandes lignes pour l'avenir. Elles suggèrent que l'avenir de la Sécurité sociale ne peut pas se concevoir sans regarder au-delà de la Sécurité sociale elle-même. La Sécurité sociale est en quelque sorte le bras armé dans cette perspective commune de la transformation de toute la politique sociale autour de trois grands objectifs.

- Le premier est l'autonomie. Les politiques sociales dont la Sécurité sociale, mais aussi l'éducation, ont pour enjeu de promouvoir l'autonomie et la capacité d'agir de chaque personne. Ce qu'on appelle parfois « l'activation ». Pas seulement et pas uniquement l'accès à l'emploi, mais le fait de participer, d'être en mesure d'être un individu reconnu, participatif, digne dans la société qui l'entoure.
- L'autre objectif qui se situe au même niveau est celui de la cohésion sociale. Les politiques sociales et l'éducation n'ont de sens que si cet individu autonome est membre d'une communauté. Pas d'autonomie sans communauté. C'est le défi de continuer de promouvoir la cohésion sociale.
- Le troisième objectif européen commun, c'est la lutte contre les inégalités. Mais, à dire vrai, une lutte plutôt concentrée sur la situation des plus faibles. C'est l'idée que nous devons mesurer la qualité de la protection sociale et des politiques sociales en général non au travers de l'étendue du spectre des inégalités mais plutôt de leur effet sur ceux qui sont dans les derniers déciles. Y a-t-il pour eux un changement ? Ainsi, la lutte contre la pauvreté – et nous l'avons bien vu en l'an 2000 – s'est-elle invitée comme un des objectifs essentiels de la stratégie européenne. Devenir une société de la connaissance la plus compétitive du monde, oui, mais pas au prix que les causes profondes de la pauvreté ne soient pas considérées et attaquées ensemble par l'Union européenne. La lutte contre la pauvreté, du point de vue européen, n'est pas un élément secondaire, un parent pauvre de la réforme de la Sécurité sociale. Elle en est peut-être un moteur.

Il nous faudra désormais assurer la coexistence sous le nom de service public d'une variété d'acteurs qui n'ont pas nécessairement le même statut que ceux qui ont créé la Sécurité sociale. Pourquoi ? Pour faire face à une diversité de populations et de trajectoires personnelles, l'accent étant mis sur leur accompagnement, sur leur soutien, sur leur développement tout au long de la vie, il faut accepter une diversité d'intervenants. Dans les pays où les dépenses de la protection sociale en valeur ont atteint, comme en France, leur maturité, les transformations à venir sont d'ordre qualitatif. Elles devraient obéir à trois principes.

Il y a donc ce paradoxe d'une plus grande centralisation, cohérence, intégration et en même temps d'une plus grande décentralisation.

Quant à l'architecture des régimes de base, que nous apprend l'Europe ?

- Pour la vieillesse, c'est relativement simple : nous ne pouvons pas vouloir l'équilibre financier sans en même temps vouloir l'adéquation sociale, c'est-à-dire des retraites qui continuent de garantir, par rapport aux revenus précédents, une vie décente. Conclusion, pour tous les régimes – répartition comme le nôtre ou capitalisation comme en Angleterre, aux Pays-Bas – la clé est le vieillissement actif. Pour tous les États membres, y compris pour la France, la clé est l'acceptation et la compréhension du processus de travailler plus longtemps pour assurer l'équilibre intergénérationnel. Et du même coup, c'est tout un regard nouveau sur l'activité des seniors en amont, sur le rôle des entreprises qui est soulevé, et également sur l'inégalité à la santé, car comment demander à tous de travailler plus longtemps si les espérances de vie à 60 ans sont aussi différentes ?
- En matière de santé, quelle est la leçon européenne ? Pour maintenir l'universalité et en même temps l'efficacité des soins, il faudra aller à la fois vers plus de centralisation et davantage de décentralisation, défi pour les partenaires sociaux qui sont à la jointure de cette contradiction.

Je termine sur la lutte contre la pauvreté. Ce que nous apprend l'Europe ici, c'est que tout est dans la réalisation. Nous avons les mêmes objectifs maintenant en Europe : lutter contre la pauvreté des enfants, lutter contre l'exclusion des minorités ethniques et chez nous, en France, des descendants de l'immigration, assurer par l'emploi et l'activité l'insertion durable. Ces objectifs nous sont communs. Ceux qui réussissent sont ceux qui mettent ensemble les acteurs de terrain, les assistantes sociales, les préfets, les conseillers généraux, les sociétés d'HLM, les services de santé, l'éducation. C'est l'intégration de ces fonctions sur le plan local qui est la clé du succès des pays qui obtiennent des résultats en matière d'intégration et de lutte contre la pauvreté.

DÉBAT AVEC LA SALLE

QUESTION

Comment concilier les positions exprimées par Raoul BRIET et celles exprimées par Martin HIRSCH ?

Raoul BRIET

Le sens de mon message était clairement qu'il fallait prendre garde au risque que, poussé par l'inertie, dans un contexte de vieillissement démographique, notre système de protection sociale soit de plus en plus axé et conçu comme un système de transfert en faveur des seniors ou des personnes âgées, alors même que nous pouvons nous demander aujourd'hui, par rapport à 1945, si les priorités sociales de l'heure sont intégralement celles-ci. Faisons attention à ce que notre système, emporté par son mouvement naturel, ne finisse pas par oublier et laisser de côté un certain nombre de priorités en termes de politique sociale, qui ont une composante générationnelle. Comme Martin HIRSCH l'a dit tout à l'heure, la pauvreté a changé de camp ou de génération, même si ces choses sont loin d'être parfaites du côté de la vieillesse. Faisons en sorte que notre État social reste un État social actif. Un État social qui essaie, notamment, de donner toutes ses chances de manière égalitaire aux plus jeunes dans l'accès à l'emploi et dans l'accès à la socialisation. C'est le meilleur investissement que puisse faire notre système de protection sociale sur le long terme. Prenons attention au fait que, laissée à elle-même, l'expression des priorités du système de protection sociale risque de l'écarter de ces nouveaux enjeux.

Martin HIRSCH

L'opposition entre Raoul BRIET et moi, n'est pas entre ce que nous avons dit, mais elle est éventuellement entre des politiques qui cherchent à avoir de l'action, de l'impact immédiat - ce qui peut être contradictoire avec la préparation du long terme - et d'autres qui peuvent être cohérentes avec la préparation du long terme. Nous en avons eu deux exemples :

- Premier exemple en matière de santé : une politique, qui réduit les inégalités de santé aujourd'hui, est une politique qui peut rendre légitime le retardement de l'âge de la retraite, alors que tant que les inégalités sont fortes, elle se heurte à des obstacles qui peuvent être considérés comme légitimes.
- Deuxième exemple. Nous voyons aujourd'hui en matière de retraite que le redémarrage de la pauvreté au-dessus de 60 ans est le prix que nous payons des échecs de la politique de l'emploi, des politiques de lutte contre la pauvreté puisque ce sont des gens qui arrivent à 60 ans sans avoir pu s'ouvrir des droits complets pour sortir du minimum vieillesse. Donc, toute politique de lutte contre la pauvreté, qui repose sur l'aide aux petites qualifications, au temps partiel, au retour à l'emploi, à la sortie des minima sociaux, est une politique qui a un impact favorable aussi sur le long terme.

Les jeunes sont effectivement « coincés » entre les mailles des politiques. C'est très intéressant à voir à l'échelon local. Nous pouvons dénombrer les acteurs responsables de telle ou telle catégorie, mais il n'y a pas de responsables des jeunes. Ils arrivent à un âge où ils sont en dehors de la politique familiale. Ils ne sont pas encore enfermés dans le RMI et les minima sociaux. Ils ne sont pas sous la responsabilité directe des régions, sous la responsabilité directe des départements ou des villes, et l'État ne les voit qu'à travers le système d'éducation, même s'ils en sont souvent un peu en dehors. Je n'ai pas de réponse directe, mais nous avons effectivement la conviction – nous l'avons toujours dit dans nos rapports – que la population des jeunes adultes est aujourd'hui celle autour de laquelle il faut repenser les politiques sociales.

QUESTION

Est-ce que la recherche de la performance en matière de gestion ne risque pas de nuire à la prise en charge des personnes en situation défavorisée ?

Philippe GEORGES

Soyons clairs. C'est un risque, bien sûr. Ne chercher que des modes de gestion peu coûteux élimine une partie de la population. Internet n'est pas forcément accessible, soit pour des raisons financières, soit pour des raisons de maîtrise de l'outil et souvent même de maîtrise de la langue écrite. Ce n'est pas forcément le meilleur moyen d'établir un contact avec des populations très défavorisées.

Bien sûr, dans l'absolu, la recherche de la performance, recherche un peu aveugle ou systématique, peut aboutir à cela. Mais il n'y a pas de fatalité. La recherche de la performance sur l'ensemble des segments de population nous permet de dégager des marges financières pour conserver des modes de contact spécifiques pour des populations plus défavorisées. Tout est une question d'équilibre. Je pense que nous avons cet équilibre dans l'intitulé de ces journées : solidarité et performance. Cet équilibre est vraiment inscrit dans la convention d'objectifs et de gestion de la branche famille. Pour moi, la performance n'est pas seulement la performance économique, c'est une notion de performance globale. C'est effectivement de rendre le meilleur service au meilleur coût en s'adressant aux différentes catégories de population qui sont les nôtres.

QUESTION

L'action sociale au sein de la Sécurité sociale a-t-elle un avenir ?

Philippe GEORGES

Je crois m'être mal exprimé si j'ai pu donner l'impression « d'enterrer » l'action sociale de la branche famille. Ce n'est certainement ni mon propos, ni mon intention. Au contraire, je signale, pour parler de façon très pudique, le trouble des esprits que ne peut que renforcer le rapport parlementaire que j'évoquais tout à l'heure. Je pense, au contraire, que la branche famille a montré sa capacité à diversifier l'offre de services aux familles, qui ne se limite pas à des prestations monétaires, mais est un ensemble de services offerts aux familles. Ces services vont du financement des modes de garde jusqu'à des accompagnements de différentes natures dans la vie familiale, notamment dans les périodes de crise à travers la médiation familiale. Je crois que cela correspond au besoin des familles qui n'est plus seulement aujourd'hui un besoin monétaire - il l'est certainement notamment pour les familles les plus vulnérables - mais qui va bien au-delà aujourd'hui. Nous savons que le premier défi d'une famille, une fois peut-être écartées les questions financières, est d'élever les enfants et d'avoir un soutien éducatif. Là-dessus, je crois que la branche apporte des réponses. Il est nécessaire qu'elle sauvegarde cette dimension de son action. Ce qui est préoccupant, c'est effectivement de voir apparaître d'autres acteurs sans que les compétences des uns et des autres ne soient redéfinies. J'en appelle à cette redéfinition des compétences. Et ce n'est pas forcément au détriment de la branche famille, bien au contraire.

Martin HIRSCH

Je pense que nous sommes sur un équilibre instable en matière de décentralisation aujourd'hui. Ce n'est un secret pour personne, vous devez le vivre les uns et les autres, puisque c'est une décentralisation incomplète avec des chevauchements mal assumés. Mais je pense que cela peut aboutir à un équilibre plus stable. Si l'État joue son rôle de redistribution, de garant des égalités aussi bien entre catégories qu'entre territoires, il n'a pas besoin d'avoir toutes les manettes. Nous pouvons trouver, à l'échelle locale, la reconfiguration que Jérôme VIGNON évoquait tout à l'heure. Nous trouvons les politiques de l'emploi, de formation, de développement économique de plus en plus au niveau régional, et des politiques sociales de plus en plus nombreuses au niveau départemental. Je pense qu'il y a une opportunité à pouvoir comparer différents modes de travail entre différents territoires, où les acteurs se mettraient d'accord à la fois sur des objectifs, sur des méthodes et éventuellement sur des systèmes uniques. Je donne un seul exemple : dans l'un des départements dans lesquels nous travaillons, nous nous sommes demandé pourquoi il fallait deux mois et demi pour passer du moment où un RMIste a le premier contact avec les services sociaux et le moment où l'on va lui parler de contrat d'insertion et d'emploi. La réponse est qu'il faut le temps de vérifier qu'il n'est pas à l'API et qu'il est bien au RMI, il faut avoir démêlé un certain nombre de choses et il faut lui avoir laissé faire le parcours du combattant des dix services sociaux dont il dépend.

Nous pouvons, au niveau local, avec les départements, avec la CAF, avec l'ANPE, moyennant toute une série d'émulations assez compliquées à mettre en œuvre, faire en sorte que ce parcours se fasse en deux jours. Quand nous faisons cela, nous ne tombons pas dans l'aide sociale, mais nous tombons dans le fait que nous ne privilégions pas la procédure sur le fond, mais que nous aidons la personne à pouvoir retrouver du travail. Je prends toujours un petit exemple. Vous avez déjà eu votre ordinateur ou votre accès Internet en panne. Quand cela prend plus de deux heures, vous êtes énervés, vous avez l'impression d'être perdu. Imaginez ce que c'est, pour un allocataire du RMI, de prendre deux mois et demi pour qu'on lui parle insertion, avenir, emploi, revenu, protection sociale, etc.

QUESTION

Concrètement, où et qui serait un interlocuteur social unique ? Il y a un interlocuteur unique fiscal aujourd'hui. Ce n'était pas simple à mettre en œuvre, mais cela a été fait.

Martin HIRSCH

Je pense que nous pouvons contourner la question et que nous devons la contourner. Si nous nous focalisons sur cette question-là, nous la bloquons pour longtemps. Plutôt que l'interlocuteur unique, c'est l'interlocuteur commun qu'il faut rechercher. Effectivement, nous pouvons faire en sorte, non pas de créer des maisons spécifiques, mais, que dans l'architecture actuelle du système (qui est effectivement compliquée), nous puissions de manière indifférenciée faire travailler les différents services publics qui sont concernés sur certaines politiques bien ciblées. C'est en fonction du schéma qu'ils auront mis en œuvre et des résultats qu'ils auront obtenus, avec peut-être des expérimentations qui, encore une fois, peuvent être très différentes d'un territoire à l'autre, que nous pourrions voir qui éventuellement devient le chef de file naturel et donc légitime.

QUESTION

N'existe-t-il pas aujourd'hui quelques référents en matière de RMI par exemple ?

Martin HIRSCH

Non. Il n'existe pas de référents en matière de RMI parce que cela supposerait que le RMI soit un simple problème d'allocations financières. La problématique du RMI est que si nous voulons faire sortir de la pauvreté les personnes concernées, il faut s'intéresser à leur problème d'allocation financière, à leur problème de logement, à leur problème de surendettement, à leur problème de transport, à leur problème d'emploi, à leur problème de formation, etc. Et quand vous prenez ces ensembles de problèmes là, vous ne trouverez pas un référent aujourd'hui ni au niveau local, ni au niveau national.

QUESTION

Pourquoi lier complètement le problème de la dette sur le pays qui va peser sur les jeunes générations avec les questions de Sécurité sociale, alors que cette dette a d'autres causes que la politique sociale du pays ?

Raoul BRIET

J'ai parlé de manière générale de la charge de l'endettement qui allait peser de manière beaucoup plus forte sur les générations actuelles et sur les générations jeunes à l'entrée dans la vie active que précédemment, sachant qu'il y a par ailleurs des besoins de financement et des besoins sociaux très lourds qui sont devant nous. Je ne fais pas la distinction entre ce qui relève du social ou de l'État. Je voudrais simplement dire une chose sur la dette sociale - je le redis avec fermeté et conviction - je trouve profondément immoral, choquant, non éthique, que nous nous soyons installés depuis cinq ans dans un système où nous finançons nos soins courants, qui ne sont pas des dépenses d'investissement, à crédit. C'est une situation profondément anormale vis-à-vis des générations les plus jeunes que nous ne soyons pas capables de faire les choix qui évitent de transférer sur nos enfants la charge de dépense de soins qui sont des dépenses de soins courants. Et ceci alors même que les perspectives qui vont être ouvertes aux générations les plus jeunes en matière de retraite sont des perspectives moins favorables, alors même qu'ils subissent des difficultés d'insertion sociale et professionnelle. Je ne désigne personne, mais je dis que collectivement nous n'avons pas créé les mécanismes ou les ressorts pour éviter de nous installer dans cette situation ; au point maintenant que nous finissons par la trouver normale et que nous finissons par être satisfaits que le déficit de l'assurance maladie soit de 5 milliards d'euros au lieu de 8 milliards.

Nous parlons maintenant beaucoup plus de dette publique et d'équité intergénérationnelle ; au moins soyons capables d'en tirer des conséquences sur le financement de nos dépenses de soins courants. Ce ne serait déjà pas si mal.

QUESTION

Quelles conséquences, justement ?

Raoul BRIET

Le problème est que nous refusons les choix, ou que nous laissons penser qu'il y a un non-choix possible. Les choix sont des choix qui, selon les préférences politiques ou les préférences des uns et des autres, conduisent à faire un effort supplémentaire en termes de financement et à partager différemment les dépenses de santé entre l'assurance maladie et les ménages. Sans oublier qu'il y a probablement des marges d'efficience dans notre système de santé.

Il y a trois leviers classiques qui sont : gagner en efficience, partager différemment la charge entre la solidarité obligatoire et les ménages et accepter de plus financer le système. Ce qui est choquant, c'est que nous éludons le choix ou le « mix » entre ces trois leviers.

Jérôme VIGNON

Cette question est en fait très difficile. Est-ce que la dette française est due essentiellement aux politiques sociales ? Évidemment non.

Le stock de la dette est lié à tout un passé. Les administrations de Sécurité sociale n'étaient pas, principalement, responsables de la récurrence du déficit. Mais, maintenant, le déficit de l'État est vraiment stabilisé, et ce qui alimente la dynamique de la dette est le déficit des administrations de Sécurité sociale.

Dans ce sens, dire que l'augmentation de la dette française renvoie à la Sécurité sociale ne nous avance à rien.

La France a la caractéristique suivante en matière de Sécurité sociale : elle a à la fois le régime le plus étendu – il n'y a que le Danemark qui présente un taux de dépenses obligatoires de Sécurité sociale par rapport à la richesse nationale aussi élevé, et nous sommes en train de dépasser ce pays – et un régime qui est essentiellement financé sur des cotisations de Sécurité sociale. La plupart des pays européens sont maintenant sur des systèmes plus fiscaux. Donc, nous sommes aussi un système qui est très dépendant de l'emploi. Et nous avons le paradoxe que, précisément les taux d'emploi en France sont parmi les plus faibles d'Europe.

Donc, la question est de savoir dans quelle mesure la Sécurité sociale est partie prenante à l'objectif que tous les Français puissent travailler, et en particulier les jeunes. Est-ce que les jeunes, les seniors sont, du point de vue du rôle de la Sécurité sociale, encouragés à développer leurs capacités et à rentrer de manière active sur le marché du travail ?

QUESTION

L'Union européenne « historique » est très ancrée dans la solidarité avec des systèmes nationaux anciens. Avec les nouveaux pays adhérents de l'Union qui ont des systèmes plus récents et moins fondés sur la solidarité, n'y a-t-il pas à terme un risque de dérive assurantielle au niveau européen ?

Jérôme VIGNON

Il est vrai que les nouveaux États membres nous ont rejoints après être passés par la « lessiveuse » de la banque mondiale et du FMI. Ils étaient tellement traumatisés par un État social omnipotent et envahissant qu'ils ont assez volontiers donné foi à des propositions plus libérales qui mettent beaucoup l'accent, en matière de retraite, sur le financement complémentaire, le troisième pilier, mais aussi sur un deuxième pilier assis sur des cotisations obligatoires qui alimentent des fonds de pension.

Il faut les prendre comme ils sont, avec leur histoire et avec leur méfiance, et en même temps les associer à notre souci de combiner équilibre financier et justice sociale. Justement aujourd'hui, c'est l'heure de vérité dans des pays comme la Pologne qui a choisi un régime obligatoire avec une part importante de fonds de pension. En 2009, les premières personnes concernées par ce régime vont prendre leur retraite. Et nous nous apercevons que ce système est très fragile. Rien n'est tout à fait prêt pour combiner leurs très maigres acquis accumulés dans des fonds de pension et une répartition qui a été amoindrie par l'affectation d'une partie des cotisations à ces fonds de pension. Je ne pense pas que les nouveaux États membres nous entraînent vers une dérive qui soit purement individualiste, mais je crois aussi que nous devons entrer dans un dialogue avec eux, pour apprendre de leur courage, car ils ont souvent accompli des réformes tout à fait radicales, pour faire face à des situations dramatiques de chômage et de reconstruction. Nous sommes dans le même bateau, avec une perspective commune de réforme des retraites, qui ne privilégie pas tel ou tel système, mais plutôt le courage de se réformer.

SYNTHESE SUR LES ENSEIGNEMENTS DES ATELIERS DU LUNDI APRES-MIDI

Pierre RICORDEAU

Je remercie tout d'abord les présidents et les rapporteurs des ateliers qui m'ont transmis hier soir la teneur de vos travaux, sachant que n'ai pu assister que très partiellement à chacun de ces ateliers. Ma synthèse ne traduira pas toute la richesse de ces travaux, mais je rappelle que les ateliers feront l'objet de comptes-rendus beaucoup plus détaillés qui seront mis à la disposition de tous.

En préambule, je veux souligner trois points qui m'ont marqué à l'écoute de ces ateliers, et plus généralement de ce deuxième forum des COG.

1/ Le premier point est que nous n'en sommes plus à une phase d'interrogation sur l'intérêt ou l'efficacité des COG.

Lors du précédent forum, c'était encore un des thèmes importants de l'intervention de mon prédécesseur dans l'exercice de synthèse des ateliers. Aujourd'hui l'instrument est solidement ancré dans le paysage. On peut dire d'ailleurs qu'il a fait école dans d'autres secteurs de l'action publique.

La question aujourd'hui est plutôt de voir comment les COG peuvent encore mieux jouer leur rôle dans la conduite de la modernisation du service public de la Sécurité sociale. La troisième génération de COG n'est pas une copie de la première ; il s'agit donc de voir comment les COG peuvent être en amont des évolutions pour impulser les nouvelles dynamiques, et comment elles peuvent créer les conditions de ces évolutions, y compris en définissant ce que l'État peut faire pour les faciliter. C'est plutôt sous cette forme que la question des COG a été posée dans les ateliers.

2/ Le choix des thèmes des ateliers était résolument positionné sur des questions qui sont au centre du débat public français.

On ne peut qu'être frappé par la modernité de ces thèmes. Les ateliers ont parlé de mondialisation et de proximité, d'innovation et de nouvelles technologies, de performance et de qualité du service, de droits et des devoirs, de lutte contre l'exclusion, de responsabilité sociale et environnementale. Bref, nous sommes au cœur d'une bonne partie des débats de la campagne présidentielle touchant l'avenir de notre pays. La richesse des exemples qui ont été exposés au cours des ateliers comme le contenu des débats ont montré que ce choix de thèmes n'était pas artificiel et qu'il correspondait bien à des dynamiques existant dans les organismes de Sécurité sociale.

3/ Le troisième point est la professionnalisation qui a caractérisé ces débats. Il m'a semblé que cet aspect était encore plus fort que lors de la précédente édition. Les ateliers ont permis d'exposer et d'échanger sur des problématiques, des exemples, des expériences, en montrant toute l'expertise acquise par les institutions.

Pour présenter les travaux de ces ateliers, je voudrais les aborder sous l'angle des deux thématiques les plus fortes et les plus transversales : la performance et l'ouverture. J'évoquerais également la question des articulations géographiques.

La première thématique transversale est celle de la performance, et donc celle de la conciliation entre les responsabilités du service public de la Sécurité sociale et la recherche d'une maîtrise des coûts

L'ensemble des ateliers a clairement répondu que c'était non seulement conciliable mais souvent intimement lié.

Beaucoup d'ateliers avaient la qualité du service rendu au cœur de leur thématique. Vous avez souligné combien les attentes par rapport aux organismes augmentaient. Alors que la performance est souvent fondée sur la standardisation des processus, la période actuelle est marquée par la complexité croissante des législations et des situations personnelles. Au-delà du traitement de masse, il faut répondre à un besoin croissant de prise en charge individualisée.

La complexification croissante des législations mais aussi la complexité de notre organisation institutionnelle contribue à de nombreuses incompréhensions avec les usagers du système, et alimente les phénomènes de fraude. Dans ce contexte, les enjeux d'information et de communication sont déterminants. Cela repose aussi, et j'y reviendrai, sur le travail interbranches.

Les besoins sont en profonde mutation que ce soit en terme de services attendus (accueil des personnes, petite enfance, accès aux soins) que de relation de service. Les axes traditionnels de la qualité de service (délais de traitement, information sur les droits...) ne sont plus suffisants. L'utilisateur attend également de la Sécurité sociale un conseil individualisé. Cette tendance est renforcée par la possibilité qui lui est offerte d'effectuer des choix dans certains domaines (rachat de trimestres en matière de retraites, choix entre le statut de salarié en celui d'indépendant en matière de recouvrement...) mais aussi par la volonté d'associer droits et responsabilités (par exemple avec le parcours de soins) et par la complexification de la législation. Enfin, l'utilisateur attend une prise en charge globale de sa situation.

Vous avez également souligné que le thème de la diversité des publics est un élément de plus en plus important de vos réflexions : la plupart des intervenants ont confirmé que l'orientation vers la segmentation des offres en fonction des profils d'utilisateurs était retenue. Ils ont rappelé la nécessité de diversifier les moyens de communication (Internet, téléphone, contact physique).

En particulier, l'offre de services à destination des publics les plus fragiles reste un défi majeur pour la Sécurité sociale. Elle a une expérience ancienne dans ce domaine. Mais la question de l'évolution de la population des personnes précaires reste posée en permanence. Comment les caisses ont-elles adapté leur offre de services ? Jusqu'où peuvent-elles et doivent-elles aller ?

Dans le cadre de la 1ère génération des COG, les caisses ont déjà organisé l'accueil des populations fragiles par des dispositifs d'accueil et de suivi personnalisé, et des politiques de proximité avec mise en place de points accueils. Des procédures de réseaux d'alerte et de signalement entre services ont aussi été développées. Ces actions sont accompagnées d'une formation des agents à la fois sur le plan technique, c'est-à-dire sur les droits des personnes, et sur le plan humain avec par exemple la formation à l'écoute. Des actions relatives à l'accessibilité des locaux pour les personnes handicapées sont aussi mises en œuvre. Les caisses essaient également de détecter les situations de rupture de droits.

Si on prend l'exemple de la CNAMTS, des programmes pluriannuels nationaux sur l'offre de services homogènes au plan national ont été mis en place dans le cadre de la dernière COG CNAMTS, selon les axes suivants :

- prévenir les risques de précarisation médico-sociale et professionnelle des assurés en arrêt de travail de plus de 90 jours ;
- accompagner le passage en invalidité pour éviter le risque de désinsertion sociale
- mettre en place un « parcours prévention santé » et des parcours spécifiques pour les populations fragiles.

Toutefois, certaines actions pourraient être développées. Tel est le cas de l'articulation entre les autres acteurs locaux (acteurs de l'insertion, collectivités locales, communautés d'agglomérations...) et les caisses en vue d'un meilleur maillage territorial et d'un meilleur ciblage des populations fragiles.

Vous avez également noté le sous-dimensionnement des outils d'analyse des besoins sur le terrain. Et vous souhaitez la mise en place de manière généralisée des outils de « repérage » des populations fragiles, notamment un indicateur de vulnérabilité au non-accès au droit. Il serait souhaitable de capitaliser certaines expériences menées en la matière par des caisses locales.

Des objectifs accrus en matière de services ne sont pas incompatibles avec des économies de gestion.

Des sources de gains de productivité ont été identifiées :

- la mutualisation. L'atelier directement concerné a insisté sur l'idée que la mutualisation n'était pas un objectif en soi, mais qu'elle doit permettre avant tout un meilleur service à l'utilisateur. Elle permet d'améliorer la qualité des prestations tout en abaissant leur coût. Elle permet de mettre en commun des compétences rares. Les réalisations ont jusqu'ici porté, pour l'essentiel, sur des fonctions support : les plates-formes téléphoniques, l'accueil, la paie, les achats, l'immobilier... La mutualisation des achats dans les régions Haute-Normandie, Basse-Normandie et Centre a ainsi permis de dégager des économies impressionnantes, tout en gagnant sur la qualité des prestations et en renforçant la sécurité juridique des marchés.
- le développement des nouvelles technologies et de la dématérialisation permet de fermer des points d'accueil temporaire, et ainsi de réduire les coûts tout en apportant une réponse de meilleure qualité à l'utilisateur. L'exemple de la mise en œuvre de visio-guichets par la MSA de la Haute-Loire en partenariat avec d'autres acteurs peut être cité.
- le travail sur les processus ; ainsi, en analysant les motifs de contacts des femmes enceintes avec l'assurance maladie, la CNAMTS a réussi à créer un « parcours maternité » qui améliore le service rendu tout en diminuant le nombre de contacts de 25 %.
- la simplification des procédures et du cadre législatif et réglementaire.

Vous avez également souligné l'importance de l'innovation, car elle est le ressort fondamental pour une utilisation plus efficiente des ressources. Elle contribue au développement global des organisations, en matière économique bien sûr, mais pas uniquement.

Enfin, vous avez évoqué l'outil de la mesure de la performance qui provoque une dynamique de « mise sous tension » des structures et des personnes visant à donner le maximum d'efficacité et de sens à l'action publique.

Ce sont des constats qui sont appuyés sur des mises en œuvre concrètes, et c'est cela qui est passionnant. Mais ce qui est également intéressant, ce sont les difficultés que vous avez soulignées et qui nécessitent des réponses, souvent de la part de l'État.

En voici quelques-unes.

Pour tirer pleinement profit des possibilités offertes par les nouvelles technologies et la dématérialisation, il est nécessaire d'adapter le cadre législatif et réglementaire, par exemple pour permettre les transferts de fichiers, ou pour traiter la question des pièces justificatives. De façon générale, il y a un fort appel en direction de l'État pour tout ce qui concerne la simplification des procédures et du cadre législatif.

La mutualisation peut, si elle est mal gérée, conduire à une dégradation des services : ainsi, quand plusieurs acteurs se regroupent, ils peuvent perdre en réactivité opérationnelle. Par ailleurs il faut adapter les outils de gestion, comme la comptabilité analytique. Il faut mesurer les retours sur investissement, ce qui n'est pas toujours fait. Enfin, il faut s'inscrire dans des plans d'action stratégique à moyen – long terme (10 ans), sans lesquels on laisse les gestionnaires dans l'incertitude. Il est indispensable d'avoir une organisation claire, et de formaliser la répartition des responsabilités au sein de la fonction mutualisée, à travers par exemple une convention de service. Enfin l'opération de mutualisation doit faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation à partir d'indicateurs.

Sur la mesure de la performance vous avez également souligné la question de l'arbitrage entre les lourdeurs qu'induisent les indicateurs et les finalités qui en sont attendues. Il faut tendre vers un petit nombre d'indicateurs (la COG de l'ACOSS en a 24 alors que les CRAM en pilotent 70 pour leurs 3 CPG), et qui soient simples, pour permettre à la fois le pilotage, l'appropriation de la démarche par les agents et sa lisibilité. La démarche doit être confortée par le fait d'accorder une place aux objectifs et indicateurs locaux.

Vous avez également souligné les conditions à remplir pour réussir ces démarches de performance. Il est d'abord nécessaire d'obtenir l'adhésion des acteurs locaux, notamment des organes politiques et des institutions représentatives du personnel, par exemple dans les expériences de mutualisation. Dans le cas exemplaire de la restructuration du RSI, deux enjeux ont été mis en avant : l'accompagnement des personnels avec la négociation d'une nouvelle convention collective, ainsi que le regroupement immobilier des caisses en une implantation unique.

Dans tous les cas la performance n'a de sens que si elle est collective et portée par l'ensemble du réseau. Cela induit la part déterminante que représentent les questions de RH, de GPEC, d'évaluations individuelles et d'intéressement dans toute démarche de performance.

Sur ce thème de la conciliation entre coûts et responsabilités, l'atelier sur le développement durable s'est particulièrement impliqué. Les intervenants ont indiqué que le développement durable ne devait pas être considéré comme un « exercice de compassion » mais comme un « nouveau levier de performance durable ». Il contribue à la baisse des coûts, renforce l'innovation, la motivation du personnel, l'attractivité des caisses. Il constitue un élément important du projet d'entreprise qui peut donner du sens à l'intérieur et à l'extérieur des organismes : ainsi, le message sur la réduction des antibiotiques passe mieux quand il est justifié par des raisons sanitaires plutôt que financières. Le retour du « sens » dans des sujets aussi variés que la gestion du risque maladie, la gestion des deuxième carrières ou la politique d'achat permet de consolider la performance. Les démarches de développement durable constituent des éléments de fierté pour les agents.

En dépit de son relatif retard sur le sujet, le rôle particulier de la Sécurité sociale en matière de développement durable a été souligné : la Sécurité sociale et le développement durable ont en commun les notions d'intérêt général, de solidarité, de lien intergénérationnel, la prévalence du long terme sur le court terme.

Pour terminer ce chapitre, je voudrais ajouter une réflexion, issue de l'atelier sur la mutualisation, qui est généralisable et qui porte sur la connaissance par les acteurs extérieurs (le Parlement, les collectivités territoriales, les entreprises, les citoyens), des efforts réalisés dans ce domaine. Il est à la fois indispensable d'avoir des résultats tangibles, mesurables et de communiquer sur ces résultats. C'est en montrant que les organismes sont efficaces qu'ils garderont en main les évolutions futures de leurs réseaux.

Le deuxième thème transversal des ateliers est celui de ce que j'appellerai « l'ouverture ». J'ai été frappé par l'importance des débats sur ce point. Le thème de l'ouverture a été évoqué à tous les niveaux.

- **L'ouverture vers les usagers.**

Ce point renvoie en partie au précédent. Mais au-delà de la qualité de la prise en charge des besoins, ont été abordées la question de l'association plus grande des usagers (par exemple la question de l'association des usagers et des malades en amont des décisions), ou la question des droits des cotisants.

- **La lutte contre les cloisonnements internes.**

La performance de la relation avec les usagers est autant l'affaire du « front office » que du « back office ». La qualité de la relation avec les usagers dépend de la capacité à être transversal, à utiliser tous les modes de relations. Comment bien travailler sur la gestion du risque maladie sans bien associer les caisses et les DRSM ? La réussite dans la performance dépend de la capacité à donner une cohérence et une lisibilité de l'action à l'ensemble des agents dans le cadre de projets d'entreprise.

- **Il faut aussi travailler entre les branches ou entre les régimes.**

Il y a des expériences anciennes en ce domaine. Les CRAM sont un exemple institutionnel d'interbranche et en même temps l'illustration de certaines difficultés, comme par exemple lorsque des politiques de branches différentes sont menées en matière de « certification iso ».

D'une manière générale, vous avez souvent souligné que l'on pourrait aller plus loin dans ce domaine notamment sur la mutualisation : jusqu'ici elle a été faite pour l'essentiel au sein de chaque même branche ou régime et il faudra s'interroger sur les possibilités d'aller au-delà, dans la mutualisation inter-branche.

La nécessaire coopération entre branches et régimes apparaît également sur les nouveaux services et les nouveaux outils : cette coopération est indispensable pour assurer le service (par exemple les échanges d'information nécessaires pour l'information sur la retraite ou la prestation d'accueil du jeune enfant), le simplifier (par exemple le projet d'authentification unique sur Internet), et pour réduire les redondances et donc les coûts. Les intervenants ont souligné la réussite de différents projets coopératifs, et rappelé la nécessité de clarifier dès le début du projet les responsabilités de chacun, en particulier le rôle d'une éventuelle structure support (GIP...) qui doit essentiellement résider dans la coordination des partenaires.

Enfin, la coopération interbranches est nécessaire dans les domaines de la lutte contre la fraude ou de la détection des risques d'exclusion sociale.

- **Il faut travailler avec les partenaires.**

Ce thème a souvent été évoqué. Les caisses travaillent de moins en moins seules. Elles doivent intégrer des partenariats pour répondre aux attentes des usagers (par exemple les relais de service public en milieu rural, ou la participation de la Caf des Hauts-de-Seine à la préparation du contrat urbain de cohésion sociale -CUCS-).

Le partenariat est également nécessaire pour démultiplier l'action dans les territoires. Par exemple en s'appuyant sur des réseaux associatifs.

Dans ces partenariats, les caisses doivent montrer leur apport ou leur efficacité d'opérateurs. Les OSS peuvent entre autre apporter leur qualité administrative et d'expertise reconnue, ainsi que leur rapport au temps plus long que celui notamment des collectivités locales. C'est la compétence, les services et les expertises des OSS qui fondent la légitimité de leur action.

- **Il faut enfin travailler sur et avec l'international.**

C'était l'objet plus particulier de deux ateliers. L'atelier sur la coopération a montré que le sujet était important à la fois pour illustrer notre système à l'étranger, mais aussi pour en tirer des retours d'expérience utiles. Elle s'inscrit résolument dans les objectifs affirmés par toutes les organisations impliquées dans les politiques de développement économique et social. La direction générale de la coopération internationale et du développement confirme la réalité des enjeux en matière de santé parmi les objectifs de la coopération française.

Les caisses de Sécurité sociale disposent d'atouts réels pour contribuer à ces objectifs avec des structures dédiées : le GIP SPSI, l'ADECRI. Mais le travail des caisses nationales, les projets menés et les actions réalisées, et globalement notre action dans ce domaine sont encore insuffisamment organisés. Il faut davantage se structurer comme l'ont fait certains autres pays européens, plus présents que nous, faire connaître ce qu'est la Sécurité sociale française auprès des acteurs qui interviennent sur le terrain, et organiser la mobilisation et la disponibilité des personnels des organismes pour participer aux actions de coopération.

L'atelier sur la mondialisation a montré que la Sécurité sociale ne pouvait pas se passer d'une réflexion et d'une réforme de ses modes de fonctionnement pour tenir compte de la mondialisation. Vos travaux ont montré à la fois, l'importance des enjeux et des évolutions à accomplir sur ce thème. Longtemps ignorées ou négligées, les questions internationales s'imposent et nécessitent de la part des responsables de la Sécurité sociale réflexion et action. Quelques exemples suffisent à caractériser cette problématique.

Celui du détachement, qui permet au travailleur d'exercer une activité en France sans y être soumis à notre droit de la Sécurité sociale, celui du patient qui choisit un prestataire de soins hors des frontières et demande le remboursement des frais à son retour en France, enfin, celui de la personne qui accède à des prestations de base (maladie, PF) voire de prestations sous condition de ressources sans que l'on puisse déterminer le niveau réel de celles-ci, dont une partie proviennent de l'étranger. A-t-on les moyens d'identifier ces situations, de vérifier l'application du droit et d'effectuer les contrôles nécessaires ?

Cependant, nous avons déjà mis en place des actions qui montrent qu'il est possible de gérer cette mondialisation.

- la gestion par la seule URSSAF de Strasbourg du recouvrement des cotisations en provenance de l'étranger ;
- la gestion des soins de santé à l'étranger par le centre créé à la CPAM de Vannes ;
- la constitution par le CLEISS d'une base de données sur les détachements et l'ouverture prochaine d'un site sur les documents fiscaux et les législations fiscales des pays étrangers.

Enfin pour terminer, je voudrais évoquer une question qui a également traversé vos débats et qui est celles des rôles respectifs du national et du local.

Beaucoup d'ateliers l'ont abordé, et les COG ont un rôle important à jouer dans ce domaine. Il y a un rôle pour le national, le régional et le local, mais il faut parfois les clarifier.

Il faut laisser une marge de manœuvre au local, notamment en matière de performance, car c'est au niveau local que l'on voit les dysfonctionnements. C'est à ce niveau que les solutions les plus adaptées peuvent s'imaginer avec les partenaires. C'est au niveau local que naissent un certain nombre d'innovations, notamment sur les outils.

Mais en même temps, la professionnalisation de l'action de l'institution impose de sortir d'un certain « empirisme » local. Nous avons besoin de politiques nationales, d'outils nationaux, d'une homogénéisation des pratiques. Il faut arriver à identifier les bonnes pratiques ou les innovations et à les diffuser partout, et ce qui aujourd'hui n'est pas toujours le cas. Le pilotage de l'innovation et de l'expérimentation n'est peut être pas encore suffisamment assuré.

Je tiens pour conclure à saluer à nouveau le côté professionnel de ces ateliers et la richesse de leurs débats. Ils sont des témoignages de la qualité des actions menées aujourd'hui tout en étant porteurs de très importantes perspectives de progrès pour le service public de la Sécurité sociale.

Table ronde PREPARER LA SECURITE SOCIALE DE DEMAIN

**Comment préserver les valeurs et garantir les missions de la Sécurité sociale face aux défis de demain ?
Comment le service public de la Sécurité sociale doit-il s'organiser pour préparer les défis à venir ?**

Intervenants :

Claude ÉVIN, *ancien ministre de la santé, député de Loire-Atlantique*
Yves BUR, *vice-président de l'Assemblée nationale*
Gérard PELHATE, *président du conseil central d'administration de la CCMSA*
Pierre BURBAN, *président du conseil d'administration de l'ACOSS*
Jean-Louis DEROUSSEN, *président du conseil d'administration de la CNAF*
Michel RÉGEREAU, *président du conseil de la CNAMTS*
Gérard QUEVILLON, *président du conseil d'administration du RSI*

Jean-François PÉCRESSE

Après avoir posé ce matin, lors de la première table ronde, les grands défis auxquels sera confrontée la Sécurité sociale, nous essayerons de dessiner plus précisément ce que peut être cette Sécurité sociale de demain.

Je vous propose d'organiser ce débat autour de quelques grandes questions auxquelles chacun répondra par des interventions très courtes, ce qui nous permettra d'avoir un débat plus animé.

Comment voyez-vous cette Sécurité sociale de demain ? Doit-elle abandonner un certain nombre de ses missions, notamment pour répondre à de nouveaux défis, compte tenu de la contrainte budgétaire qui est la sienne ?

Claude ÉVIN

La première chose qu'il me semble nécessaire de rappeler, est l'attachement que nous devons conserver pour notre système basé sur la solidarité. Mais il ne suffit pas de le dire.

En effet, nous savons que les contraintes économiques qui pèsent aujourd'hui sur ce système nécessitent de se poser sans cesse la question de savoir quelle est la juste attribution des moyens. Je crois donc que l'ensemble du dispositif (la Sécurité sociale sur le plan institutionnel ainsi que l'ensemble des pouvoirs publics attachés à cette solidarité) doit avoir cette préoccupation. Cela veut dire, sans naturellement interférer avec les débats démocratiques actuels, qu'il est nécessaire de maintenir le plus haut niveau de prise en charge des dépenses de santé par la Sécurité sociale (même si la Sécurité sociale ne se limite pas aux dépenses de santé).

La Sécurité sociale doit-elle continuer demain à jouer le rôle qu'elle joue aujourd'hui ? Il n'y a pas de discussion de mon point de vue en ce qui concerne les régimes qui versent les prestations en espèce, et notamment les revenus de remplacement. Je pense, par contre, que le débat doit s'ouvrir pour savoir si, en effet, il n'est pas nécessaire de repenser différemment le pilotage du système de santé dans son ensemble. Je pense qu'il faut qu'il y ait un pilotage unique, pour remplacer le cloisonnement qui existe aujourd'hui entre, d'une part, la médecine ambulatoire qui est régie dans le cadre de conventions entre les caisses de Sécurité sociale et les syndicats professionnels médicaux et paramédicaux, et d'autre part la gestion des établissements de santé qui est organisée de manière complètement différente, et enfin les produits de santé qui sont aussi organisés de manière spécifique. Ce cloisonnement et la dilution des responsabilités entre l'État et les caisses d'assurances sociales me semblent préjudiciables à une bonne organisation de l'offre de soins. C'est la raison pour laquelle je me suis exprimé personnellement à plusieurs reprises pour la création d'agences régionales de santé, qui devraient être coiffées par une agence nationale de santé. Dans le cadre d'un établissement public, ce serait un autre mode d'organisation des relations entre la puissance publique – (État et financeurs) – et les prestataires de soins (médecine ambulatoire, établissements de santé et produits de santé).

Yves BUR

Un mot sur la question des principaux défis. J'ai été frappé tout à l'heure d'entendre Martin HIRSCH nous dire que, finalement, nous ne devons pas trop nous glorifier du « modèle social français », parce qu'il génère quand même un certain nombre de difficultés. Et donc, il faut d'abord arrêter de croire que nous sommes les meilleurs au monde, que ce que nous faisons est forcément universaliste. Le deuxième point concerne ce que disait Jérôme VIGNON : dans un monde qui change vite, avec des peuples, des pays qui ne se soucient pas de nos acquis sociaux, comment faire pour garder le cap des valeurs de solidarité dans un monde qui devient de plus en plus exigeant ? Comment les garder ? Je crois que nous devons essayer de les adapter inlassablement, en permanence, comme l'ont fait avant nous, plus vite, plus fort et plus courageusement, la plupart de nos voisins. À force de refuser de regarder l'avenir, à force peut-être de refuser dans ce pays qu'il y ait un demain, nous avons tendance à vouloir « cristalliser » l'ensemble de notre système social en pensant qu'il est à même de répondre aux défis nouveaux. C'est dans le mouvement, dans l'adaptation, dans l'évolution et dans le benchmarking que nous trouverons peut-être aussi les ressources d'une sauvegarde de ces valeurs de solidarité auxquelles nous tenons. Les sondages montrent en permanence que pour les Français, la solidarité par la Sécurité sociale est une valeur très élevée. Cela ne veut pas dire pour autant qu'elle doit rester ce qu'elle est. La Sécurité sociale de 2020 ne sera pas celle de 1945 et ne sera pas celle des années 2000. Je crois qu'il faut que nous apprenions aux Français, aux politiques et à l'ensemble des forces sociales de ce pays, à accepter cette évolution.

Gérard PELHATE

L'enjeu central, et cela a été dit à plusieurs reprises, est celui de la solidarité. Comment, pour demain, organisons-nous et rendons-nous crédible la solidarité, qui est l'élément essentiel du « vivre ensemble » ? Nous voyons bien que cette solidarité peut être remise en cause. Ses périmètres peuvent être redéfinis par la mondialisation, par l'Europe, par les différences de perception qu'il y a entre les jeunes et les populations vieillissantes. Une question a été posée par un participant : comment faisons-nous, auprès des jeunes, pour montrer l'utilité de la Sécurité sociale ? Nous, en tant qu'administrateurs, élus et représentants des populations, nous devons également nous poser les questions suivantes : quel est ce périmètre de la solidarité ? Comment le rendons-nous crédible, justifiable ? Et comment faisons-nous pour que les ressortissants des différentes générations acceptent non seulement d'en bénéficier, ce qui n'est pas trop difficile, mais surtout d'y participer. C'est un enjeu de société essentiel pour des organismes comme les nôtres. C'est dans ce domaine-là qu'il nous faut insister.

M. Jean-François PÉCRESSE

Pour reprendre la formule de Yves BUR, est-ce que les caisses de 2020 seront très différentes des caisses de 1960 ?

Pierre BURBAN

Concernant les URSSAF, je crois qu'elles conserveront leurs missions, et, que cela soit rassurant ou regrettable, qu'elles continueront à collecter de l'argent. Elles sont là pour cela. Sans argent, pas de prestations, il ne faut jamais le perdre de vue. Concernant le changement, je considère effectivement qu'il faut vivre dans le mouvement, qu'il faut s'adapter quotidiennement. Nous vivons dans un environnement qui évolue, donc nous devons aussi évoluer.

Les partenaires sociaux ne refusent pas le changement, comme l'a montré ces derniers mois la discussion de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion de l'ACOSS. Vous posiez la question de savoir si l'URSSAF d'hier sera l'URSSAF de demain. Nous nous sommes engagés dans une véritable évolution des structures, avec un échelon de proximité qui est le département et avec la création des VLU (Versements en lieu unique) pour les très grandes entreprises. Pour autant, je crois qu'il faut rester dans une démarche pragmatique. Et il faut insister sur le fait que nous devons continuer à clarifier les relations entre l'État et les caisses, entre les politiques et les partenaires sociaux.

J'ai un grand regret ce matin, qui est que Bercy ne soit pas mieux représenté ici, sachant que les conventions d'objectifs et de gestion sont signées par les caisses, sur mandat des conseils d'administration et par l'État, représenté par le ministère chargé de la Sécurité sociale et le ministère chargé des finances. Je le regrette, parce que je pense que cela ajoute à la confusion que nous avons souvent sur les COG. Que nous le voulions ou pas, c'est bien du côté du ministère de l'économie et des finances que sont les cordons de la bourse.

Je souhaite pour l'avenir que nous allions plus vers une clarification. Nous nous y étions engagés à partir de 1996, mais nous voyons bien qu'il y a encore quelques confusions et que certains se cachent derrière ces confusions pour avoir des projets qui ne me semblent pas très souhaitables. Je pense notamment à la fusion entre le projet de loi de finances et le projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

Jean-Louis DEROUSSEN

Je pense qu'il est important de repartir des principes fondateurs de la Sécurité sociale, qu'il ne faudra jamais oublier. Je partage les préoccupations sur les défis de demain. Ils seront différents de ceux d'hier et d'aujourd'hui. Ils ont été évoqués et ils méritent effectivement toute notre attention. Mais il faut veiller, en parlant de ces défis, à ne pas jeter le bébé avec l'eau du bain. Le défi de demain, c'est peut-être avant tout de préserver les atouts qui font la richesse de la Sécurité sociale d'aujourd'hui. J'en veux pour preuve tout le travail qui est mené par les conseils d'administration et par l'ensemble des personnels et des agents de direction, de l'ensemble des caisses de Sécurité sociale. Ils ont chaque jour un formidable enjeu à relever : celui d'être toujours réactifs. On leur invente en permanence de nouveaux dispositifs, de nouvelles règles. Chaque fois, ils savent répondre. Bien évidemment, ils doivent s'adapter à la société, c'est leur devoir premier, mais je crois qu'il faut, avant de toujours lancer de nouveaux défis, savoir rendre hommage à ce qui se fait, à ce qui rend service, à ce qui constitue aujourd'hui une véritable réponse aux attentes de la population, que ce soit au niveau de la retraite, au niveau de l'accompagnement des familles en difficulté, de l'accompagnement des travailleurs pauvres et des enfants pauvres. Chaque jour, il y a de nombreux défis, et chaque jour, nous les remettons sur le métier. Nous devons avoir et garder confiance en notre Sécurité sociale d'aujourd'hui.

Jean-Francis PÉCRESE

Est-ce qu'une meilleure gestion du risque est le grand défi de l'assurance maladie ?

Michel RÉGEREAU

C'est notre objectif essentiel. Il faut redire, y compris par rapport à la table ronde de ce matin, que cela ne date pas d'aujourd'hui. Il faut remonter aux ordonnances du 24 avril 1996, pour le nouveau positionnement de l'assurance maladie. Jusqu'alors, l'objectif principal de l'assurance maladie était de rembourser vite, de manière juste et sans fraude. Depuis 1995, avec la politique de gestion du risque, les caisses et l'ensemble du réseau ont formidablement évolué. Nous avons gagné la bataille du remboursement rapide et juste. Et nous avons une nouvelle bataille devant nous, celle d'une meilleure organisation du système, avec toute l'articulation entre la médecine de ville, l'hôpital public et privé, et les produits de santé. Il faut développer ce rôle et donc développer le rôle de l'assurance maladie, en matière de connaissance, d'analyse et d'actions sur le système de santé, sans perdre de vue que l'objectif ultime est de soigner la population et de permettre l'accès de tous à des soins de qualité. Quand je dis l'accès de tous, cela veut dire quelle que soit la situation sociale, y compris les personnes en difficulté, avec une attention spécifique pour les personnes qui ne viennent pas spontanément nous voir, qui ne comprennent pas nos imprimés et tous nos papiers. Cela concerne également l'installation des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire. Je plaide pour un meilleur pilotage du système. Je ne suis pas sûr que j'en tire les mêmes conséquences que d'autres en termes d'organisation, parce que je ne crois pas que l'État sache tout faire, à la fois les orientations, la mise en œuvre et le contrôle. Je suis pour privilégier une véritable articulation des rôles, grâce aux conventions, avec une négociation sur la mise en œuvre des priorités de l'État, charge à ce dernier d'évaluer et de contrôler.

Gérard QUEVILLON

Le RSI est, au moins, la preuve physique que la protection sociale est capable de se réformer. Si en 2003 ou 2004, nous avions annoncé qu'en 2007, il n'y aurait qu'un seul Président pour le régime social des indépendants, regroupant la maladie et la vieillesse, tout le monde aurait crié que c'était impossible et inconcevable. Aujourd'hui, nous sommes en position de fonctionnement réel du RSI depuis le 1er juillet 2006.

Notre fonction de protection sociale a aussi une dimension de protection économique, parce que nous protégeons les chefs d'entreprise, et que nous devons donc être très attentifs à ne pas pénaliser l'entreprise. Si nous sommes trop longs à rembourser, si nous sommes trop longs à comprendre un dossier, l'entreprise risque de péricliter. Nos agents savent bien le faire, pour associer à l'intérêt personnel de l'individu, l'intérêt de l'entreprise et voir comment faire au plus vite pour que l'entreprise n'ait pas des difficultés à maintenir les salaires ou même à se maintenir vivante.

Notre particularité était déjà que le régime social des indépendants travaillait avec des partenaires institutionnels, c'est-à-dire les organismes conventionnés qui étaient sur le terrain comme les premiers interlocuteurs de nos adhérents. Aujourd'hui, nous allons avoir un deuxième interlocuteur : les URSSAF. Si nous avions dit, il y a un an et demi que nous travaillerons en étroite collaboration avec les URSSAF, je crois que je n'aurais pas pu rester dans cette salle. Aujourd'hui, à force de travailler et d'expliquer les missions des uns et des autres, nous pouvons avancer et être efficaces pour nos ressortissants. Quand on veut faire une réforme, c'est dur, il y a des opposants, mais nous sommes capables de le faire. La grande dame « Sécurité sociale », quand elle veut, elle peut. Aussi bien dans un régime à taille moyenne comme le mien, comme dans les grands régimes.

Jean-François PÉCRESE

Justement, j'aimerais que nous avancions sur le sujet de la gouvernance et du pilotage. Claude ÉVIN parlait tout à l'heure d'« agences régionales de la santé ». Dans un récent rapport, la MECSS (mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale) préconisait pour la Sécurité sociale la création d'agences régionales de la Sécurité sociale. Elle notait d'ailleurs dans son rapport que cette proposition ne suscitait pas un enthousiasme démesuré de la part des cadres de la Sécurité sociale. Quelle est votre position sur cette idée de réorganisation, de restructuration de la Sécurité sociale autour de pôles régionaux ?

Claude ÉVIN

J'ai bien dissocié deux points au regard des évolutions possibles en matière d'organisation territoriale. D'une part, les actions des caisses qui fournissent des revenus de remplacement et s'appuient sur des droits dont elles assurent la mise en œuvre, et, d'autre part, dans le domaine de la santé, la mission qui consiste à organiser un système.

Sur le regroupement sous la forme d'agences régionales de Sécurité sociale, je n'ai pas d'avis particulier aujourd'hui, et je veux bien approfondir la réflexion, y compris au regard de la réaction de Michel RÉGEREAU tout à l'heure.

La démarche que j'ai évoquée rapidement dans ma première intervention concerne spécifiquement et uniquement la question de l'organisation du système de santé. Je crois, effectivement, que ce système est confronté aujourd'hui à un certain nombre d'enjeux qui ne sont plus ceux de 1945 ou de 1960. À l'époque, il s'agissait beaucoup plus de verser des prestations que d'organiser une offre de soins, laquelle était beaucoup moins sophistiquée, beaucoup moins efficace aussi d'une certaine manière qu'elle ne peut l'être aujourd'hui. Aujourd'hui, il faut poser le problème du pilotage du système de santé, si nous voulons répondre à la question de l'accès à des soins de qualité, également répartis sur l'ensemble des territoires pour l'ensemble des citoyens, ce qui reste une grande difficulté dans notre pays.

Cette question va au-delà de la seule question du niveau des prestations, même si celle-ci doit être encore dans nos préoccupations, notamment au regard des lourdes problématiques de financement qui pèsent sur notre système de santé. Nous pourrions avoir les meilleures prestations individuelles possibles, si nous avons un système de santé qui continue d'être mal organisé comme aujourd'hui, nous ne répondrons pas à l'objectif de garantir à toute la population, quel que soit son domicile sur le territoire, l'accès à des soins de qualité.

De ce point de vue, bien qu'il ne soit certainement pas opportun de polémiquer avec la Caisse nationale d'assurance maladie, force est de constater que, par exemple, la question de la répartition territoriale des médecins libéraux n'a jamais été évoquée dans les négociations conventionnelles. Aujourd'hui, il est hors de question d'imposer quelque chose en la matière, mais si nous voulons apporter des réponses pragmatiques et efficaces face à cette réalité, il faut que nous arrivions à nouer des relations nouvelles entre la médecine ambulatoire et l'organisation hospitalière, puisque le cloisonnement dans lequel nous fonctionnons aujourd'hui, de mon point de vue, ne permettra jamais d'apporter les réponses appropriées.

Yves BUR

Je crois qu'il y a un vrai problème dans ce pays, qui est celui de la multiplication des strates de décision et d'organisation sur le territoire. Cela concerne naturellement la Sécurité sociale mais pas seulement elle. Cela concerne aussi l'État et les collectivités locales et nous avons l'impression que tout le monde s'occupe de tout, ce qui fait que personne ne sait plus très bien comment piloter telle ou telle politique sociale. Il faut d'abord clarifier les missions. C'est la première des priorités : clarifier les missions de chacun et les stabiliser. Puis, avoir le courage de revisiter de temps en temps un certain nombre de dispositifs qui datent, qui ont évolué, qui sont mal adaptés. Je prends la question, par exemple, des API (Allocation de Parent Isolé), qui étaient parties d'un bon sentiment dans les années 70. Elles sont devenues aujourd'hui une institution. Et nous constatons que le dispositif semble générer un mode de vie social, plus qu'il ne le faisait dans le passé, avec naturellement l'importance considérable du risque de fraude.

De temps en temps, il faut avoir le courage de revisiter ces dispositifs et c'est le rôle des politiques. Je dois avouer cependant que nous avons du mal à le faire. Le politique doit d'abord assumer les missions qui sont les siennes, tracer les priorités, faire en sorte que chacun sache quel est son rôle plutôt que de continuer à complexifier. Je crois que l'ensemble des branches la Sécurité sociale souffre aujourd'hui de complexité de gestion et de décisions qui sont prises sans évaluation et sans études d'impact. Ainsi, nous décidons de modifier le système de garde d'enfants, mais nous n'évaluons pas quelle est l'attractivité de ce nouveau système et nous nous rendons compte, après un ou deux ans, que la branche famille est en déficit. Nous faisons œuvre de justice sociale en permettant aux personnes ayant des carrières longues de partir plus tôt à la retraite, et en faisant semblant de croire que, finalement, tout cela se passera de manière lissée, et nous constatons, a posteriori, que l'attractivité du dispositif est telle que la branche vieillesse est en déficit.

Donc, il y a là un véritable travail à réaliser. Au niveau de l'assurance maladie, la gestion du risque est enfin à l'ordre du jour. Il faudra surtout que les Gouvernements successifs arrêtent, par idéologie ou en fonction de la conjoncture, de vouloir influencer sur cet axe central de l'assurance maladie. D'une manière générale, je crois que nos différentes branches de Sécurité sociale doivent aller davantage vers les Français pour leur parler de la situation sociale. Les politiques, que nous le voulions ou pas, ont un crédit limité auprès de la population. Il faut que l'ensemble de la société civile, l'ensemble des partenaires sociaux, qui sont des acteurs importants dans les différentes branches, aient le courage de parler aux Français des problèmes de financement de l'assurance maladie, des problèmes de financement des retraites. Il faut que nous ayons le courage d'aborder ces questions et d'y apporter, comme dans nos pays voisins, des réponses plus pragmatiques et moins idéologiques, car je crois que les Français ont dépassé le temps de croire aux idéologies. Ils veulent des choses pragmatiques, qui marchent et qui marchent vite.

Gérard PELHATE

La MSA relève déjà depuis très longtemps le défi de la communication et de l'explication envers les assurés, comme le sait Monsieur BUR. Nous avons un système de guichet unique. Nous avons toute la protection sociale, toutes les prestations, mais aussi l'appel des cotisations. Nous avons fait, comme dans beaucoup de pays, évoluer la protection sociale du milieu agricole, parce qu'elle avait un certain nombre de retards. Nous avons pu le faire, parce que nous avons su, à travers tout notre réseau d'élus, directement dans chaque canton, aller expliquer le sens de cette solidarité, le sens de cette organisation, les droits et les devoirs de chacun. Nous menons ce travail tout au fil des années et nous constatons qu'il est entendu, car les ressortissants sont étroitement associés à la vie démocratique de la MSA comme en témoigne la participation très importante aux élections qui ont lieu tous les cinq ans. Nous contribuons, effectivement, à cette nécessité d'expliquer les enjeux.

Je voudrais aussi exprimer, par rapport à ce qui a été dit sur les évolutions des organisations, qu'il faudrait effectivement clarifier les missions de chacun, mais qu'il faudra également de la stabilité, dès lors qu'elles seront précisées, pour permettre une réelle mise en œuvre des dispositions arrêtées. Nous ne pouvons pas être dans une logique du changement permanent et à chaque fois qu'une nouvelle équipe arrive nous sentir obligés de clarifier quelque chose de nouveau et de redéfinir les périmètres d'intervention. A ce sujet, je dois souligner à nouveau que le périmètre qui concerne la MSA est global et que nous avons une certaine méfiance par rapport à la perspective d'une organisation qui sépare « la santé » du reste de la protection sociale.

Ainsi, des outils ont été mis en place, avec l'UNCAM, qui forment une gouvernance qui nous conviennent. Si, au niveau des régions, nous avons la capacité de faire vivre les URCAM à côté des ARH et des missions régionales de santé, en leur donnant des missions précises, nous aurons fait avancer les choses du point de vue de l'organisation des soins.

Lors des discussions avec les professionnels de santé, s'il nous est donné plus de liberté, ce qui suppose moins d'interventionnisme, je crois que nous avons la capacité de montrer, en faisant dialoguer tous les intéressés, professionnels de santé, usagers et élus sur un même territoire, que nous pouvons apporter des réponses aux risques de désertification médicale. Un exemple est donné par notre contribution à l'organisation de maisons de santé en milieu rural.

Mais il faudra peut-être aller plus loin et rendre un peu plus contraignante la répartition démographique des professionnels de santé. Pour cela, il nous semble très important de pouvoir avoir une réelle capacité à négocier et il faut éviter des comportements peu responsables, comme celui qui fait annoncer par les principaux candidats de la campagne électorale, une hausse des tarifs de médecins. La chose étant acquise en toutes hypothèses, nous n'avons pas pu négocier quoi que ce soit en contrepartie. C'est une occasion perdue et c'est trop souvent le cas.

Pierre BURBAN

Nous avons parlé de gouvernance. Mais des mots n'ont pas été évoqués jusqu'à présent : ceux de « partenaires sociaux », c'est-à-dire les représentants des assurés sociaux, donc du monde des salariés, et également les représentants des entreprises ou des travailleurs indépendants pour le RSI, ou des chefs d'entreprises agricoles pour la MSA. Je crois pourtant qu'ils sont très importants. Quand nous parlons de gouvernance, il faut rappeler que les partenaires sociaux restent les gestionnaires du dispositif, certes à des degrés plus ou moins importants suivant les caisses, puisqu'il y a eu des évolutions, notamment depuis 2004, avec la réforme de l'assurance maladie.

Ceci étant, j'ai souvent dit qu'il y avait beaucoup de fées autour de la Sécurité sociale, mais que, par moment, elles se transforment en sorcières. Effectivement, nous avons eu récemment le rapport de la MECSS, qui, avec tout le respect que j'ai pour les parlementaires qui siègent dans cette instance, est allé jusqu'à proposer de fusionner toutes les caisses pour créer une caisse unique régionale. Nous aurions pu évoquer la Cour des comptes, l'IGAS et encore bien d'autres, qui ont eu beaucoup d'idées sur la structuration de la Sécurité sociale.

Faire et défaire, c'est toujours travailler ! Je rappellerais simplement concernant la branche recouvrement, qu'elle n'est pas née en 1945 ou 1946. Elle est née dans les années 60, parce que nous avons considéré justement à l'époque que, quand nous confions à une structure plusieurs métiers, ce n'est pas toujours bien fait. Du coup, nous avons créé les URSSAF, parce que nous avons considéré que le recouvrement était un vrai métier et qu'il fallait donc avoir une structure ad hoc. Je rappellerais d'ailleurs, parce que nous parlons souvent de ce qui ne va pas, qu'à la Sécurité sociale, quand nous collectons 100 euros, ça ne coûte que 35 à 36 centimes d'euros au niveau des URSSAF. À titre de comparaison, un article récent paru dans Les Échos indiquait que quand l'État collecte des impôts, cela coûte deux fois plus. La Sécurité sociale est transparente en la matière. Je n'ai jamais vraiment vu de chiffreage aussi transparent en matière de coût de collecte des impôts.

Il appartient aux partenaires sociaux, aux gestionnaires de faire évoluer les choses en termes de gouvernance, de pilotage, et de structuration. Pour donner un exemple, prenons la branche recouvrement. Nous demandons à des organismes qui oscillent entre 30 et 300 collaborateurs sans parler de l'URSSAF de Paris avec ses 3 000 collaborateurs, d'assurer les mêmes objectifs et les mêmes performances. Il n'y a pas de miracle. Il est clair qu'à un moment, il faut en passer par la mutualisation.

Cela veut aussi dire qu'il faut maintenir des structures proches du terrain et, au niveau de l'ACOSS, nous avons considéré que le département était la circonscription la mieux adaptée. Car je suis convaincu que, si nous passons par des systèmes qui sont trop éloignés des ressortissants, nous irons vers des systèmes administrés, technocratiques, et que demain, ceux qui auront fait ces réformes diront qu'il n'y a plus lieu que ce système soit géré par les partenaires sociaux.

Beaucoup de choses ont été faites en termes de structures au niveau de la Sécurité sociale. Nous avons les exemples du RSI et de la MSA où des évolutions significatives ont été faites en termes de structure. Dans le régime général, nous sommes également en train d'évoluer. Par ailleurs, les branches savent aussi travailler ensemble. À titre d'exemple, je rappelle que la PAJE est issue d'un partenariat entre la CNAF et l'ACOSS, donc entre la branche famille et la branche recouvrement. Par ailleurs, en matière de santé, l'union des caisses d'assurance maladie est aussi un lieu où un certain nombre de choses se font en commun entre les régimes d'assurance maladie : CNAMTS, RSI, MSA.

Jean-Louis DEROUSSSEN

Les questions s'ajoutent au fur et à mesure des interventions des uns et des autres. Pour en revenir à l'organisation et à la gouvernance, qui, mieux que les partenaires sociaux, dans un conseil d'administration local, peut identifier les besoins qu'exprime la population ? Et tout leur intérêt est de faire remonter les besoins d'évolution. Nous sommes bien conscients que rien n'est figé pour les 20 ou 40 ans à venir. En revanche, nous aurons toujours besoin d'évaluer les véritables attentes des assurés. Pour ce qui est de la branche famille, la gestion de proximité est indispensable. Certes, nous versons des prestations simples comme les allocations familiales. Mais, au-delà de ces prestations, il y a toute une action sociale de proximité qui est attendue par les assurés et que nous pouvons encore améliorer.

Concernant cette action sociale de proximité, les caisses d'allocations familiales interviennent quotidiennement, les départements aussi. Une solution est-elle d'avoir, demain, l'hégémonie d'un organisme par rapport à un autre ? La réponse est claire : non. Nous avons besoin néanmoins de clarifier les missions de chacun et de travailler ensemble. Mettons-nous autour d'une table. Apportons chacun nos compétences, celles d'hommes politiques, celles de partenaires sociaux, d'administrateurs, celles de personnes de terrain.

Le reproche nous a été fait, tout à l'heure, d'avoir mis la priorité sur les crèches. Mais qui a demandé cette augmentation du nombre de places de crèche ? Nous avons reçu l'instruction, en tant que branche famille, d'ouvrir des crèches, d'apporter des solutions de mode de garde pour les jeunes enfants. Nous avons répondu à l'appel. Peut-être que la réponse, a posteriori, a été plus importante que ceux qui l'ont lancé l'auraient souhaité.

Cela dit, nous ne pouvons pas négliger les demandes de terrain. Il faut y répondre. Et pour cela, la proximité est importante.

Jean-Francis PÉCRESE

Sur un certain nombre de besoins sociaux nouveaux qui sont apparus assez récemment, je pense notamment au logement, à la dépendance dans une certaine mesure, est-ce que l'impulsion n'est pas venue de l'État plus que des partenaires sociaux ?

Claude ÉVIN

Pour parler notamment de la politique familiale, là aussi je crois qu'il pourrait y avoir débat, mais je suis complètement d'accord pour dire qu'il faut reprendre les choses sereinement et regarder quels sont les besoins et comment nous y répondons. Quand il y a par exemple un besoin de crèche qui s'exprime, ce ne sont pas les caisses d'allocations familiales que les citoyens vont voir. Ils viennent demander à leur Maire, à leurs élus locaux d'y apporter des réponses. C'est bien là qu'il faut clarifier les choses. Personne ici, pour les élus politiques que nous sommes, ne saurait nier le rôle des uns et des autres et ne pas souhaiter qu'il soit clarifié. Simplement, le suffrage universel veut que ce soit aux élus locaux que l'on vienne demander les réponses. Concernant l'accès aux soins, lorsqu'il n'y a pas de médecins dans une commune ou lorsqu'une difficulté est rencontrée, ce n'est pas le président de la caisse d'assurance maladie que les citoyens ou assurés sociaux vont voir, ce sont les élus locaux. Cela devient un enjeu de campagne électorale. C'est au regard de ce type de situation, en effet, qu'il faut clarifier les choses.

La politique familiale aujourd'hui, il est vrai, ne peut se limiter à des prestations familiales individuelles versées aux familles. La question de la place de l'enfant dans la ville, de l'accueil de l'enfant d'une manière générale au regard de l'organisation du travail, nécessite qu'il y ait effectivement des réponses apportées par des partenaires multiples. Les élus, comme les caisses de Sécurité sociale, doivent trouver des modalités de relation pour apporter ces réponses.

Michel RÉGEREAU

Je trouve les élus assez sévères. D'un côté, cela oblige à réfléchir et en même temps cela démontre que nous ne nous rencontrons pas assez et que nous n'allons pas assez au fond des choses. Un rapport de la MECSS sortira prochainement sur les fonds sociaux. Si j'ai bien compris, l'idée serait de confier tout cela aux Conseils généraux. Mais comment voulez-vous que le rapport soit cohérent et connaisse les tenants et les aboutissants, puisque cette mission a rencontré de nombreux élus, quelques directeurs de caisses nationales et pas ou très peu de conseillers ou de Présidents de caisses locales ? Après cela, ne vous étonnez pas que le résultat soit celui-là.

Je crois que les partenaires sociaux sont bien dans leur rôle à la fois de représentants des usagers, de financeurs et de bénéficiaires des systèmes. Et il ne faut pas dire que les usagers ne vont voir que les élus.

Sur la question de l'installation des professionnels de santé, je dois dire que le conseil de l'UNCAM, à l'unanimité et à plusieurs reprises, a demandé que, dans les négociations, soient intégrées des modifications de la rémunération pour inciter ou désinciter l'installation. Cependant, nous sommes dans un schéma de négociation avec les professionnels de santé qui aboutit à des compromis. Et, malheureusement, une partie du compromis a été acté, c'est-à-dire une meilleure rémunération pour les professionnels qui s'installent en zone sous-densifiée, mais avec un refus des professionnels de s'engager sur une limitation dans les zones déjà très densifiées. Nous n'avons pas été aidés dans cette négociation par les interventions politiques. Vous dites que le débat viendra, mais en tout cas, dans la période politique actuelle, il vient assez peu... Je suis sûr qu'il viendra aux municipales... En tout cas, les partenaires sociaux sont au cœur de ce sujet de l'accès aux soins, à la fois sur l'installation des professionnels de santé, en médecine ambulatoire, et l'articulation avec la médecine de ville. C'est quand même bien l'assurance maladie et les conseillers qui interpellent les préfets représentants l'État sur le manque de permanence des soins toute la nuit, et en particulier après minuit. Nous avançons sur ce point.

Claude ÉVIN

Mais quand cela ne marche pas, ce sont les hôpitaux qui assument. C'est peut-être pour cela que j'exprime cette position de manière un peu véhémence.

Gérard QUEVILLON

Vous savez que le RSI est un peu particulier car nous ne sommes pas des partenaires sociaux, nous sommes des élus, les élus de nos pairs dans les régions et au niveau national. Notre mission est un peu différente, mais nous participons à tous les travaux des URCAM et de l'UNCAM, et nous trouvons que c'est quelque chose d'indispensable dans nos régions. Par contre, je suis toujours un peu déçu du travail accompli et des heures passées dans les débats pour, en fin d'année, voir les conclusions que nous arrivons à en sortir et les applications que nous pouvons en faire. Il y a une telle inertie que nous mettrons des années avant de mettre en application ce qui est décidé aujourd'hui.

Sur la démographie médicale, je crois que si nous ne mettons pas dès maintenant des barrières ou des conditions, cela sera très difficile. Je fais partie de ceux qui disent qu'il faudrait que ces étudiants de médecine, à partir d'un certain nombre d'années, soient subventionnés, qu'ils aient une bourse du département ou de la région sur laquelle nous souhaitons qu'ils s'installent, et, en échange, qu'ils s'engagent sur un certain nombre d'années d'installation dans la région ou dans le département où nous avons besoin d'eux.

Cela permettrait aux étudiants de mieux vivre la période étudiante, peut-être aussi d'ouvrir les études de médecine à des classes sociales différentes, puisque nous savons que ces études sont très longues et très chères, et que quelques fois les familles ne peuvent pas aider ces étudiants à aller jusqu'au bout. Peut-être qu'il faudrait se poser la question au niveau d'un département, d'une région, de prendre en charge un certain nombre d'étudiants et de les récupérer sur son département pour éviter le désert démographique médical. Mais, cela ne réglera pas tout. Le fait de ne pas vouloir obliger ne suffit pas toujours pour pouvoir être clair.

Notre régime en tant que tel participe à toutes les grandes évolutions avec le régime général et le régime agricole. Nous avons l'avantage, depuis qu'ont été mises en place les URCAM et l'UNCAM, de pouvoir échanger nos façons de voir, d'agir et de faire des comparaisons, ce qui n'existait pas auparavant. Nous travaillons chacun dans notre coin, nous étions sûrs d'être bons. Quelques fois, nous faisons des erreurs. Aujourd'hui, nous pouvons au moins comparer nos erreurs et les améliorer. Dans une région, quelquefois, nous pouvons essayer de rattraper ce qu'il est possible de rattraper, sachant que dans nos régimes, cotisent les professions libérales, dont les médecins du secteur « deux ».

DEBAT AVEC LA SALLE

Jean-Francis PÉCRESE

J'aimerais que nous poursuivions le débat avec la salle. Il y a manifestement encore beaucoup de questions autour des problèmes de l'organisation, de la gouvernance et du pilotage de la Sécurité sociale, notamment celle-ci : pouvons-nous encore, au regard du contexte financier, conserver une organisation aussi complexe de la Sécurité sociale, qui comprend un nombre important de régimes et d'organismes ? La performance ne passe-t-elle pas par une simplification plus radicale de cette organisation ?

Yves BUR

J'ai abordé la question en disant qu'il y a trop de strates de décision et de mise en œuvre au niveau de l'État, comme au niveau de la Sécurité sociale. Quand nous abordons la question de la régionalisation de la santé, je l'aborde dans ma région peut-être d'une manière un peu différente du débat, en proposant notamment un pilotage à l'assurance maladie, ce qui naturellement dérange toute la sphère d'État. Nous nous rendons compte que nous avons d'un côté l'État avec ses structures, les DRASS et, les DASS. Nous avons de l'autre côté les URCAM, les missions régionales, les ARH. Tout ce monde travaille peu ou prou ensemble, mais par forcément dans la meilleure efficacité. À l'évidence, nous devons arriver à clarifier ce fonctionnement. En plus, nous avons maintenant mis en place des groupements régionaux pour la santé publique, les GRSP. Nous avons une merveilleuse capacité de complexifier ce système. Je crois qu'il faut absolument que nous essayions de simplifier cette prise en charge autour de l'usager. Il y trouvera plus de lisibilité. De toute façon, sur le terrain, près de l'usager, il y aura une nécessité de plus de partenariat. Cela a été évoqué tout à l'heure. C'est aussi vrai pour la vieillesse. Quand nous parlons de la dépendance, et de l'accompagnement de ce défi, c'est aussi au niveau communal qu'il faudra le prendre en compte. Quand nous parlons de la politique familiale, à l'évidence, la contrainte que le Gouvernement met sur la caisse d'allocations familiales a des conséquences sur les communes, qui ne sont pas toutes négatives, parce que, quelque part, nous cherchons aussi à optimiser nos fonctionnements pour la petite enfance. Quand il s'agit de l'assurance maladie, les questions de santé publique ne se traitent plus en haut, mais au plus près des gens, pour relever les défis qui nous sont posés.

Michel RÉGEREAU

Nos caisses ne s'adressent pas aux mêmes publics. C'est une fiction. Nous ne recevons pas les mêmes publics, pas au même moment de la vie, et pas dans des volumes comparables. Regardons les millions de feuilles d'assurance maladie ; ce sont des volumes qui n'ont rien à voir avec la retraite, où les personnes sont plutôt reçues dans les deux ans qui précèdent la retraite, et une fois que le dossier est liquidé, le besoin ne se présente pratiquement plus. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas s'articuler. Je pense qu'il y a un niveau local qu'il faut développer. J'ai vécu comme un crève-cœur le fait que, lorsque la vieillesse a créé des antennes, ils n'aient pas recherché systématiquement un accrochage avec la CAF ou la caisse primaire. Ce sont de vraies difficultés sur le meilleur service à rendre au public.

Jean-Francis PÉCRESE

Est-ce que l'assuré social ne vit pas la Sécurité sociale comme un tout ?

Michel RÉGEREAU

Quand l'assuré social moyen pense Sécurité sociale, il pense à l'assurance-maladie, les allocations familiales et la retraite étant distinctes. Il faudrait d'ailleurs évoquer la dépendance pour laquelle les partenaires sociaux revendiquaient un cinquième risque depuis longtemps.

Il faut s'organiser au niveau local, où des guichets peuvent traiter l'ensemble des dossiers, mais avec des filières différentes. Il me semble extrêmement difficile qu'un technicien de nos caisses soit extrêmement pointu sur la famille – qui a une législation très compliquée – la maladie, la retraite, etc. Il nous faut un lieu unique où nous pouvons nous organiser. Il y a ensuite un vrai niveau départemental dans cette dimension sociale avec les fonctions du conseil général, et une dimension régionale en particulier pour l'assurance maladie. Cela me semble en effet être le bon niveau pour une articulation soins de ville et soins hospitaliers, puisque sur l'hôpital nous avons souvent une articulation entre le CHU et les centres hospitaliers généraux.

Par ailleurs, je suis opposé à la création d'un seul régime. Si demain, la MSA ou le RSI devaient disparaître, un seul régime serait un régime monopolistique. La situation des pays de l'est a été évoquée tout à l'heure. Nous aurions rapidement la tentation soit d'une étatisation totale - et j'ai dit tout à l'heure que l'État légifère, décrète, consulte parfois mais négocie plus rarement - donc soit un monopole, soit plus gravement le risque d'une privatisation.

Claude ÉVIN

Je pense qu'il y a un certain nombre de réformes à envisager sur le plan institutionnel, que nous avons déjà commencé à évoquer les uns et les autres. Il y a nécessité de renforcer le lien entre les organismes de Sécurité sociale et les assurés sociaux, concernant effectivement la différenciation des populations. Par conséquent, le fait d'avoir plusieurs régimes me semble être une garantie pour maintenir ce lien direct avec les assurés sociaux. Je pense d'ailleurs que dans la répartition institutionnelle des responsabilités, il serait nécessaire de réfléchir aussi à renforcer le lien entre les caisses et les assurés sociaux. Je pense notamment que le parcours de soins, le conseil aux assurés sociaux en ce qui concerne notamment l'accès aux soins, est une mission sur laquelle il y aurait nécessité de renforcer l'action des caisses. C'est une nouvelle relation organisme / assuré social qu'il faut envisager. De ce point de vue, il est donc nécessaire de maintenir les différents régimes.

Intervenant

Pour aborder un thème complémentaire à ce débat technique concernant présent et l'avenir, je reprends les propos du président BURBAN, en posant une question sous forme d'un vœu.

En termes de communication, nous allons demander à la population en général, et au-delà même des assurés sociaux, de faire des efforts pour l'avenir, de relever les défis. Ce qui constitue d'ailleurs l'objet de cette table ronde. Pour impliquer les populations, il faut communiquer. Pour communiquer, il faut communiquer simplement, avec du marketing de base. Pour communiquer simplement, pour que les gens acceptent de faire les efforts qu'ils seront amenés à faire, il faut les impliquer, il faut qu'ils participent à toutes les décisions que vous prendrez, que le Gouvernement d'aujourd'hui ou de demain prendra. Le paritarisme est une chose importante. Ce n'est sans doute pas la seule façon d'impliquer les populations, mais il doit nous permettre de communiquer simplement. En plus, cela nous obligera peut-être à faire des choses simples, car ce qui se conçoit bien s'énonce clairement...

Pierre BURBAN

Je partage votre avis sur la nécessité de communiquer. Nous allons être confrontés à de graves problèmes et je crois que peu de gens en ont conscience. Aujourd'hui la Sécurité sociale est un acquis, mais il y a un risque d'accoutumance. Pour m'occuper par ailleurs des travailleurs indépendants, j'ai eu à vivre des époques assez récentes où il y avait une certaine forme de contestation. Je crois, effectivement, qu'il y aura nécessité de mieux communiquer, parce que 1945 et 1946 commencent à être loin, ainsi que les gens qui ont vécu cette formidable construction de la Sécurité sociale...

C'est certes quelque chose qui a été acquis et qui permet à la société française de vivre dans de bonnes conditions. Mais, aujourd'hui il va falloir faire de plus en plus de pédagogie pour expliquer l'intérêt du système.

C'est là où nous rejoignons la question de la clarification : qui fait quoi ? Il faut que les choses soient simples. En termes de financement, il faut que les gens sachent où va l'argent qu'ils donnent. Si nous tombons dans un système totalement nébuleux, je crains qu'effectivement la Sécurité sociale puisse être, à terme, en danger. Mais, je reste optimiste car je pense qu'il y aura suffisamment de femmes et d'hommes pour se battre afin de maintenir un système efficace et transparent.

Jean-Francis PÉCRESE

Il y a beaucoup de questions sur les honoraires médicaux, sur les problèmes de sur-médicalisation des zones ensoleillées ou des déserts médicaux.

QUESTION

Je suis un peu étonné du débat concernant l'approche politique sur les structures de la Sécurité sociale, parce que finalement – et ce n'est pas si vieux que cela – l'organisation telle qu'elle a été menée jusqu'à maintenant et les différentes strates dont on parle, ce sont quand même bien les politiques qui les ont installées. Ceux-là mêmes qui, aujourd'hui, viennent nous dire que c'est complexe, et que ce n'est plus adapté. Je n'arrive pas à comprendre la cohérence et le suivi de ces réflexions. Et au fond, derrière tout cela, est-ce qu'il ne faudrait pas poser la question du rôle que souhaite jouer l'État ? Et particulièrement lorsque nous évoquons l'ARS, est-ce que nous ne sommes pas dans une deuxième tranche de l'étatisation après les ARH ?

Jean-Francis PÉCRESE

Qui souhaite intervenir sur ce sujet ? En complément, une question sur le rapprochement de la loi de financement de la Sécurité sociale et de la loi de finances. Il y a beaucoup de questions sur ce sujet. Nous avons entendu ce matin le ministre Philippe BAS prendre position contre cette perspective, à laquelle nous savons qu'il est hostile depuis longtemps.

Yves BUR

Croire que nous allons régler les problèmes en décrétant l'unification des régimes est une douce utopie, même si la MECSS l'a écrit. C'est toujours quelque part le rêve que cela puisse encore coûter moins cher. 9,9 milliards de coûts de gestion, ce n'est pas rien. Mais je crois qu'aujourd'hui l'ensemble des régimes est engagé dans une politique d'optimisation.

Quant à l'organisation sur le terrain, aujourd'hui dans la multiplicité des intervenants, il y a un manque de lisibilité. Le citoyen, l'assuré et l'usager ont du mal à s'y retrouver. Il faudra, à un moment donné, lui donner une lecture un peu plus simple et engager avec lui ce débat. Quand nous regardons ce qui se passe en Allemagne, au niveau de la politique familiale, ils sont très en retard, mais la question des crèches collectives y suscite actuellement un débat politique de fond qui préoccupe toute la société allemande. Ils vont parler des orientations, puis du financement. C'est un débat public. À un moment donné, les parlementaires trancheront et le consensus sera là.

Je crois que c'est aussi cette manière de faire la politique que nous devons arriver à introduire dans ce pays pour faire en sorte que les débats sur la solidarité soient des vrais débats de société.

Sur la loi de financement de la Sécurité sociale et la loi de finances, je constate, aujourd'hui ; que malgré tous les efforts de clarification que nous avons essayés de faire, en dédiant les recettes à l'État ou à la Sécurité sociale, il y a encore trop de confusions. C'est le cas par exemple du débat récurrent sur la compensation des exonérations de charges sociales. L'État décide. La Sécurité sociale subit. Il y a un moment où il y a peut-être une nécessité de rapprochement entre la LOLF et la LOLFSS, s'agissant des recettes. Il ne peut pas y avoir d'un côté le budget, de l'autre côté le ministère des affaires sociales, qui se battent chacun pour essayer de préserver ou de soutenir telle ou telle recette. Il ne peut pas y avoir à l'Assemblée, d'un côté la commission des finances et de l'autre la commission des affaires sociales et culturelles qui se battent pour sanctuariser tel ou tel débat. C'est un débat unique.

Puis il y a la question des dépenses. Là, nous sommes dans un autre registre. Les dépenses de Sécurité sociale sont des dépenses d'objectifs, même si pour certaines, nous pourrions viser davantage de rigueur. En tout cas, c'est à l'État, à l'administration, au Parlement, à un moment donné, d'évaluer quels sont les impacts des politiques que nous proposons car il y a là trop d'inconscience par rapport aux coûts financiers des mesures prises.

Claude ÉVIN

D'abord en réponse à la première question qui était posée, j'assume complètement la responsabilité du politique, même si dans l'organisation institutionnelle actuelle, dans les cinq dernières années, ma part de responsabilité est sans doute moins importante que dans la période précédente. Je voudrais répondre de manière précise. Sur la question institutionnelle, je crois que le problème est très différent concernant la branche vieillesse et la branche famille. Il est plus particulièrement aigu concernant la branche assurance maladie compte tenu de la complexité de l'organisation du système de santé, de l'offre des soins et de son financement. Chaque fois que nous parlons de la complexité institutionnelle, ce sont des exemples que nous puisons dans l'assurance maladie et dans l'organisation du système de santé. C'est là qu'il y a, à mon avis, à travailler. Je ne débattrai pas à nouveau sur la question de l'étatisation. Je fais simplement observer que deux tiers des dépenses d'assurance maladie échappent aux négociations des caisses de Sécurité sociale, puisque ce sont des dépenses qui sont, pour une grande partie d'entre elles, faites par les établissements de santé, donc dans des mécanismes qui échappent aux caisses. C'est au regard de cette réalité qu'il faut effectivement retravailler sur cette question.

Deuxième question, la fusion du PLFSS et de la loi de finances. Je suis en désaccord pour une fusion de ces deux procédures de débat parlementaire, comme je suis en désaccord avec les propositions de mon propre parti politique de fusion entre la CSG et l'impôt sur le revenu, parce que je suis attaché à des politiques sociales avec une sanctuarisation du financement de la protection sociale. J'ai perdu dans ce débat à l'intérieur de mon parti, mais il appartiendra ensuite au Parlement d'en rediscuter. C'est en tout cas la position que je défendrai.

Michel RÉGEREAU

Il se trouve que ce sujet est venu au comité des finances publiques. J'avais eu l'occasion de dire que la fusion produirait de la confusion et que j'étais plutôt partisan de la clarté. Il en va tout simplement de l'acceptation des financements socialisés. Je ne supporte pas les termes de prélèvement obligatoire, comme si l'argent s'évaporait. Il ne s'évapore pas, il est redistribué de façon socialisée et plus solidaire. C'est cela qu'il faut accepter et expliquer. Je pense que la fusion amènera à dire que nous ne savons plus ce que nous payons. La grande règle du budget de l'État est la non-affectation des recettes. Cela veut dire qu'il y aura une recette globale, et chaque fois débat, pour savoir où nous mettons l'argent. La population a besoin de savoir pourquoi elle cotise pour la retraite. C'est quelque chose qui va servir à ses parents et qui lui ouvre des droits pour plus tard. Pour la maladie, cela ouvre des droits et permet de solvabiliser les soins des malades d'aujourd'hui et mes propres soins, demain, lorsque je serai malade. Plutôt la clarté que la confusion !

Jean-Louis DEROUSSEN

Je crois qu'il faut reprendre effectivement cette demande qui émerge de nos échanges sur les questions de lisibilité et de cohérence. Nous en sommes arrivés à des mosaïques de dispositifs que le citoyen ne comprend plus. Il n'y a pas que le citoyen qui ne comprend plus, même les agents et les techniciens sont parfois un peu perdus dans ces dispositifs qui s'empilent. Tout à l'heure, nous avons cité 51 dispositifs liés au RMI. C'est peut-être dès maintenant qu'il faut arrêter et ne pas commencer à élaborer un dispositif qui serait la 52^{ème} bonne solution. Nous avons besoin d'une architecture sur laquelle nous appuyer, nous reposer. Les socles fondamentaux ne se discutent pas. Après, effectivement, il y a des adaptations intelligentes à mettre en œuvre au regard des évolutions de la société. Ne pourrions-nous pas prendre l'engagement, du côté des politiques comme du côté des partenaires sociaux, de dire : « Nous voulons de la lisibilité, nous voulons de la cohérence. C'est ce à quoi nous allons travailler ». Mais ce travail pour une meilleure cohérence et une plus grande efficacité doit s'inscrire dans le cadre des COG. Ces conventions, qui engagent l'État et chaque branche, appellent une rigueur, de part et d'autre. Elles peuvent être alors une feuille de route, dès lors, bien sur, qu'elles ne sont pas percutées en permanence par l'ajout de multiples dispositions.

Il faut trouver des solutions. Et cette solution viendra vraiment des échanges. C'est le défi qu'il nous faudra relever.

Gérard PELHATE

Par rapport aux débats qui ont eu lieu tout à l'heure sur le nombre de régimes ou d'institutions, nous voyons bien les avantages de la pluralité quand nous sommes sur des choses concrètes. Par exemple en assurance maladie, quand nous sommes plusieurs régimes, nous agissons en complémentarité. C'est un plus d'avoir plusieurs organisations, plusieurs régimes et je crois que cela démontre à plus de ressortissants, à plus d'usagers que nous sommes capables de répondre de manière ciblée à des situations personnelles en prenant en compte l'environnement et les lieux de vie dans lesquels elles s'inscrivent.

La difficulté n'est pas entre les régimes. Au contraire, je crois que cela fonctionne bien. Ainsi, quand il s'agit de la politique de la petite enfance, il n'y a pas de difficulté avec la CNAF et les CAF, les difficultés étant plutôt du côté de la décentralisation. De plus, avec les nouveaux pouvoirs des conseils généraux, nous avons du mal à trouver chacun notre place. Mais je crois que ce n'est pas en dépouillant les régimes de protection sociale de leur action sociale que nous améliorerons les choses, et qu'au contraire nous perdrons en efficacité et en présence.

Concernant la loi de finances, je suis de l'avis de mes collègues. Des arbitrages clairs sont nécessaires au niveau de l'État. Mais compte tenu de la spécificité des problématiques de Sécurité sociale, cela ne doit pas se faire dans le cadre d'une loi de finances qui intégrerait la loi de financement de la Sécurité sociale.

Gérard QUEVILLON

Vous comprendrez que nous ne nous prononçons pas sur d'autres fusions puisque nous venons à peine de fusionner à l'intérieur de chez nous. Si j'allais plus loin, je considérerais que tous les indépendants devraient cotiser chez nous, mais c'est un autre débat...

Par contre, nous avons oublié de parler ce matin, concernant le financement de l'assurance maladie, de la partie complémentaire qui reste aux ménages. Nous parlons de cotisations sociales de base, que tout le monde paye. Mais certains ne peuvent pas se soigner car ils ne peuvent pas avoir de complémentaire. Dans notre caisse, nous connaissons bien le problème, car il n'y a pas de « part patronale » pour cette cotisation. C'est toute l'entreprise ou le chef d'entreprise qui paye cette cotisation à part entière. Il y a des moments où je peux vous dire que les commerçants ou les artisans ne peuvent pas avoir de complémentaire maladie parce qu'ils n'en ont pas les moyens.

Nous allons devoir réfléchir, puisque nous avons un certain nombre d'idées là-dessus, pour savoir à quel moment le régime de base peut prendre en charge ce dont nous avons besoin pour chaque individu, et à quel moment interviendra la complémentaire.

C'est un débat que nous n'avons pas eu le temps de voir ce matin, mais si nous n'en parlons pas, nous ferons encore fausse route.

Intervenant

Une partie des médecins, aujourd'hui, s'exonère de ses obligations tarifaires et sociales en refusant de prendre en charge des patients bénéficiaires de la CMU, en pratiquant de façon permanente des dépassements tarifaires, en accordant des arrêts de travail qui s'avèrent, après contrôle, injustifiés. Ce sont les assurés, dans ces cas-là, qui sont pénalisés. Cette situation engendre un accès à la santé qui n'est pas équitable pour tout le monde et sur tout le territoire. À quand un texte législatif interdisant ces comportements ? Et à quand rendrons-nous aux conseillers des caisses primaires une responsabilité politique leur permettant de répondre à ces situations, et en ne laissant pas simplement aux directeurs un rôle technique ?

Michel RÉGEREAU

Nous sommes au cœur de la négociation. Le conseil de l'UNCAM a effectivement fixé ses orientations, et dans ses orientations, il y a la volonté que la négociation tarifaire ait une incidence sur la qualité des pratiques professionnelles. Après, nous verrons où la négociation aboutit. Continuer à prolonger des revalorisations d'actes sans les accrocher à des critères de qualité, c'est finalement bon pour les revenus des professionnels de santé, mais cela n'a pas d'impact sur l'organisation des soins.

Prenons un exemple. Si nous disons deux euros pour revaloriser la consultation, cela sera partout pareil. À la limite, cela permettra aux médecins du côté de Nice, où ils sont très nombreux, de vivre avec une petite clientèle. Si à l'inverse, nous disons que nous ne versons pas cette somme au niveau de la consultation mais en forfait au nombre de personnes qui ont choisi le médecin comme médecin traitant, il y aura dans certaines zones des médecins qui auront une rémunération augmentée quatre fois plus que dans le sud de la France. Cela incitera plutôt à organiser le système et à embaucher du secrétariat là où le médecin est débordé. Cela ne donnera pas les moyens au médecin dans les zones déjà très densifiées de poursuivre avec une petite activité. Il faut lier tout cela. Nous travaillons sur ces sujets. Nous sommes aussi sur la qualité, en lien avec la Haute autorité de santé. Nous avons défendu l'évaluation des pratiques professionnelles au moment de la réforme de 2004. Je me suis exprimé récemment pour dire que les médecins généralistes qui sortiront des études en octobre seront spécialistes de médecine générale. Cela ne veut pas dire que tout le corps des généralistes doit être automatiquement spécialiste. Il me semble qu'il faut mettre en place l'évaluation des pratiques professionnelles, ce que nous appelons dans le privé la validation des acquis et de l'expérience, profiter de tout cela pour pousser sur la qualité du système et ne pas le financer à l'aveugle.

CONCLUSIONS

Claude BIGOT, directeur de l'EN3S

Il est assez difficile de conclure, compte tenu de la richesse et de la diversité des échanges d'une part, et d'autre part, du fait que Pierre RICORDEAU a présenté une première série de conclusions sur les ateliers.

Le positionnement que je vais adopter est celui de l'EN3S, avec d'une part le regard qu'elle porte sur les travaux qui ont eu lieu, et d'autre part la façon dont l'école pourra mettre en mouvement un certain nombre d'idées et de concepts qui sont issus de ces travaux.

Tout d'abord, les valeurs, citées hier par Laurent CAUSSAT et rappelées avec force ce matin par Philippe BAS. Depuis trois ou quatre ans, l'école fait régulièrement un sondage auprès des candidats qui se présentent à son concours. Il apparaît, à travers ce sondage, que le service public de la Sécurité sociale est perçu par eux, au même titre que l'Éducation nationale, comme un élément fondateur des valeurs de la cohésion sociale.

De plus, sa gestion est perçue comme performante. Son double aspect de service public et d'entreprise privée (pour les organismes locaux) joue en sa faveur en terme d'image. Il est également perçu comme dynamique et moderne dans son fonctionnement, mais également au niveau des possibilités d'évolution pour ses cadres dirigeants, par la diversité des responsabilités et des parcours professionnels.

Le deuxième point concerne la formation. Il est à relier à ce que disait Rolande RUELLAN sur la nécessité pour la Sécurité sociale de conserver son avance, et à la référence faite par Jean BASSERES à un ambitieux plan de formation pour les personnels de Bercy. Il insistait sur quatre points :

- Le fait qu'un concours devrait être un véritable acte de recrutement.
- La nécessité d'une réforme de la formation initiale
- La nécessité de la promotion de la formation tout au long de la carrière.
- La mesure de la performance de la formation.

L'institution de la Sécurité sociale, s'inscrit très clairement dans ces quatre logiques :

- L'organisation du concours se fait sur la base de l'idée que les futurs élèves vont travailler dans l'institution et qu'il s'agit bien d'un recrutement, au sens complet du terme, s'appuyant sur l'observation et l'analyse de la motivation et la personnalité des candidats.
- Nous avons mené des réformes de la formation initiale, en 2001 et en 2006.
- La formation tout au long de la carrière est une mission permanente de l'EN3S, sur laquelle elle doit encore sans doute porter ses efforts.
- Concernant la mesure de la performance de la formation, l'EN3S, depuis quelques années, régulièrement, fait ce bilan au travers d'un questionnaire qu'elle envoie un an après la prise de fonction, à l'ancien élève et à son directeur.

La Sécurité sociale a donc su concevoir l'investissement formation comme étant un continuum entre d'une part les opérations de recrutement, et d'autre part les opérations de gestion permanente des compétences.

Ce que l'école retire des échanges de ce forum peut se décliner à partir des trois points de dialectique qu'avait cités Dominique LIBAULT dans son discours introductif.

Tout d'abord, la continuité et l'évolution. La continuité est évidente au travers de l'exigence du recrutement et de la mise sur le marché du travail de cadre de direction de qualité. Mais, c'est également l'évolution permanente et régulière du contenu de l'offre de formation initiale et de l'offre de formation continue. Cette évolution se conçoit au profit de chacun des réseaux, de chacune des branches, de chacun des régimes, mais également de chacun des agents de direction, à titre individuel. Cette école, qui est la vôtre, est en permanence à votre écoute pour réussir ce défi. Mais c'est aussi, dans le cadre de ce « forum des COG », l'occasion de rappeler que l'école est au service des branches, au service des caisses nationales, pour, et avec elles, co-construire le parcours de formation que nécessitent les évolutions contenues dans chacune des conventions d'objectifs, soit de manière très directe parce qu'elles figurent dans le corps même de la convention, soit en filigrane, parce qu'elles supposent un certain nombre d'évolutions que nous devons anticiper.

Deuxième point de dialectique : service public et spécificité de la Sécurité sociale. Il se retrouve également dans l'école. L'EN3S est un carrefour, avec des formations relativement traditionnelles, comme toutes les formations de management, qui les rapprochent d'un certain nombre d'entreprises davantage tournées vers le secteur privé, mais aussi avec des formations spécifiques plus ciblées sur la protection sociale. Nous avons déjà pris un certain nombre de dispositions en ce sens, notamment depuis l'année 2006, avec la 44^{ème} promotion, en mettant en place des parcours de 250 heures, dispensées aux élèves pour maîtriser à la fois les enjeux liés à l'environnement du risque dans lequel ils vont travailler et les politiques publiques qu'ils vont mettre en œuvre à vos côtés. C'est un des éléments que nous devons développer à l'avenir.

L'EN3S est un des participants actifs du réseau d'écoles du service public, qui nous permet d'échanger avec 35 écoles, à la fois sur nos expériences, sur nos méthodes et sur nos objectifs.

Dernier point évoqué par Dominique LIBAULT : l'unicité de la Sécurité sociale et la diversité des réseaux. L'école est, par mission et par nature, le creuset où se forment les futurs cadres dirigeants des régimes et des branches. La présidente du comité des carrières, hier matin, évoquait la nécessité d'une plus grande mobilité interbranches et inter-régimes. La formation dispensée à l'école le permet. L'école a également développé un élément qui va dans le sens de ce que nous avons entendu au cours de ces journées : la mise en place en 2006, 2007 d'une formation à la stratégie nationale et à la dynamique de réseau, permettant de créer un trait d'union entre les caisses locales et les caisses nationales.

Pour terminer de façon très concrète, je rappellerai simplement que chaque représentant de l'école dans les ateliers d'hier a eu pour mission d'en retirer au moins deux thèmes qui seront à intégrer dans notre formation : cela ne devrait pas poser de difficulté, compte tenu de la richesse de ces deux journées de réflexion.

Enfin, en matière de benchmarking, je veillerai personnellement à ce que, dans le dispositif de formation de l'école, soient intégrés les enseignements du groupe de travail qu'animait mon ami André FITO.

Philippe RENARD, directeur de l'UCANSS

Ce deuxième forum des conventions d'objectifs et de gestion qui s'achève, a permis de réaffirmer – nous l'avons vu à maintes reprises – les valeurs intrinsèques fondatrices de la Sécurité sociale, notamment la solidarité, avec la nécessaire poursuite de la modernisation de notre institution conforme à l'attente de nos concitoyens, en faisant converger la maîtrise des coûts, la qualité de services que nous rendons aux usagers, et la bonne mise en œuvre des politiques décidées par les pouvoirs publics.

Construire une Sécurité sociale moderne tout en préservant les fondements mêmes de notre institution représente donc notre enjeu collectif, dans un contexte où le besoin de redonner du sens, de partager des visions, est indispensable à la définition et à la conduite des politiques publiques.

Ces deux jours nous ont confortés. Les témoignages recueillis à l'extérieur nous montrent que nous n'avons pas à rougir, bien au contraire, de notre performance collective et des leviers que nous utilisons pour y parvenir.

Dix ans après, il est réconfortant de vérifier que la démarche contractuelle produit les effets attendus et qu'elle sait s'adapter au contexte évolutif dans lequel nous vivons. Des marges de progrès existent bien évidemment, notamment sur les questions de cohérence et de transversalité de nos actions, et sur le développement des études d'impact.

En tant que directeur de l'UCANSS, je souhaite insister sur l'importance du facteur humain dans toutes les transformations que nous pilotons. Sans les expertises, les savoir-faire des 180 000 personnes de nos institutions, rien n'est possible.

Cela a été souligné hier matin par Jean BASSÈRES, et nous le savons bien, nous devons être vigilants pour ne pas creuser un fossé trop grand entre le rythme des évolutions culturelles et managériales que nous devons accompagner et les résultats à court terme qui nous sont demandés en matière de performance.

Je ne résisterai pas non plus à l'envie de vous dire ma conviction que la modernisation du service public de Sécurité sociale doit être expliquée à tous les niveaux et doit faire l'objet d'un dialogue social nourri. Nous n'avons pas beaucoup parlé du dialogue social, mais il est indispensable pour accompagner les transformations qui nous sont demandées.

Ce forum est important pour l'image de la Sécurité sociale. Je suis certain que ces deux jours auront contribué à mieux faire connaître nos ambitions, nos forces, nos atouts et notre fonctionnement, à l'extérieur, mais aussi en interne vis-à-vis de nos salariés.

Vous le savez, la performance d'une organisation dépend aussi de la motivation de ses salariés, de la reconnaissance qu'ils ont, du bien perçu de leur mission et de leur travail. Chacun doit être fier de travailler dans nos institutions.

Ce deuxième forum est la traduction d'une conviction profonde que notre institution est un formidable outil moderne au service de valeurs fortes, ciment de la société française.

Lundi 5 mars après-midi

LES ATELIERS THEMATIQUES Interventions et synthèse des échanges

Atelier 1

La présence de la Sécurité sociale sur les territoires

Président : Yves HUMEZ, *directeur général de la CCMSA*

Intervenants :

Marie-Thérèse PERNEY, *maire de Saint-Étienne en Bresse, membre de la communauté de communes du canton de Montret et du Conseil d'administration du Pays de la Bresse bourguignonne, en Saône et Loire*
 Alexis LACROIX, *directeur marketing de SOGECAP, filiale assurance de la Société Générale*
 Vincent PIVETEAU, *conseiller en développement local et politiques rurales à la DIACT*
 Pierre-Yves CHANU, *vice-président de l'ACOSS*
 Caroline GUGENHEIM, *directeur général de la CAF de Nanterre*
 François DUBEAU, *directeur général de la MSA Tarn-Aveyron-Lot*
 Antoine GROS, *directeur de l'URSSAF de Toulon*
 Dominique GENTIAL, *directrice de la MSA de Haute-Loire*

Rapporteurs :

Simon KIEFFER, *DSS*
 Cédric FRAUDEAU, *élève de la 45^{ème} promotion de l'EN3S*

Les problématiques de l'atelier

Yves HUMEZ

La Sécurité sociale est-elle un acteur important des territoires de vie des populations ? Comment la sécurité sociale est-elle présente sur ces territoires ? Comment peut-elle continuer à dynamiser les territoires tout en répondant à des impératifs de performance économique ? Et avant tout, à quels besoins répond-elle ?
 Pour tenter de répondre à ces questions, deux tables rondes sont organisées :

- La Sécurité sociale, partenaire du développement social et économique des territoires ?
- Comment adapter les réseaux de Sécurité sociale aux territoires et à leurs évolutions ?

Les interventions

1^{ère} table ronde : la Sécurité sociale, partenaire du développement social et économique des territoires ?

Yves HUMEZ

La Sécurité sociale ne peut pas être neutre sur la vie des populations. L'accès à l'ensemble des dispositifs de Sécurité sociale nécessite en raison de sa complexité, information, accompagnement, partenariat, et doit intégrer une exigence plus forte en terme d'individualisation, de proximité et de réactivité en utilisant des méthodes et des outils divers adaptés à chaque type de public sur les territoires.

A propos des territoires : Quelle définition en donne-t-on ? Peut-on parler d'un territoire pertinent ?

Bien souvent, les besoins exprimés dans les territoires dépendent de leurs spécificités propres. Quels sont les besoins et les attentes des clients de la Sécurité sociale sur ces différents territoires ? En quoi la Sécurité sociale est-elle légitime pour agir ? Comment s'articulent les relations avec les autres acteurs ?

Marie-Thérèse PERNEY

Plusieurs territoires pertinents peuvent être identifiés, dans la zone rurale où je suis élue, en fonction des attentes et des besoins de la population : la région, le département, la commune, le canton, le pays puisque c'est le territoire de bassin de vie. Des synergies existent également entre le département et ces territoires.

La population attend des réponses à l'évolution des modes de vie. Par exemple :

- pour le travail des femmes avec la nécessité de création de services tels que les structures de garde d'enfants ou les garderies périscolaires. Ici le territoire pertinent est la commune, avec une aide apportée par les CAF et les MSA.
- pour l'accès aux soins avec les maisons médicales pluridisciplinaires. Il est difficile d'attirer des professionnels de santé dans certaines zones. Le territoire pertinent ne peut pas être la commune puisque les besoins sont dans des zones rurales où les communes sont de petites tailles. Le territoire sera alors le canton ou un pays en fonction de la situation démographique.
- pour le développement des services à la personne avec l'aide à domicile.

La réussite de ces projets nécessite la mise en place de partenariats entre les collectivités locales et la Sécurité sociale, car aucun n'est à même d'agir seul.

Dans cette même démarche de partenariat, il convient de faire référence aux relais de services publics qui permettent un accès aux droits de tous et mettent à disposition des moyens divers d'accès à l'information.

En revanche, en tant que maire, les citoyens m'informent de leurs réticences face aux plates-formes téléphoniques car ils regrettent le contact humain.

Le risque est que les élus sollicitent souvent les organismes de Sécurité sociale comme financeurs et pas assez comme acteurs dans le montage de projets. Il est nécessaire qu'ils fassent connaître leur offre de services aux collectivités locales.

Vincent PIVETEAU

Le territoire est toujours la résultante de deux composantes :

- un territoire pratiqué par les gens qui y habitent, un espace de vie.
- un territoire de projets (commune, intercommunalité, pays).

Au regard des services, il y a bien un niveau pertinent, c'est le local ou la proximité. Mais y a-t-il pour autant « un » territoire pertinent ? Cela dépend de la nature du service. La définition du territoire est importante pour définir l'offre de services mais sa taille varie en fonction du contenu des projets.

Le rôle de la Sécurité sociale est déterminant tant sur le plan de la cohésion que de l'attractivité des territoires, l'intégration des personnes handicapées, les actions de prévention et de promotion de la santé.

Développer les services implique aussi de laisser la possibilité qu'ils s'organisent différemment. C'est l'idée ancienne des MSP (maisons de services publics). Il en existe environ 400. Ce type de mutualisation offre des modes souples et modernes pour répondre aux besoins des usagers. Mais les MSP souffrent de plusieurs handicaps : une visibilité qui n'est pas immédiate, une hétérogénéité des services, une fragilité dans la durée. D'où la proposition des RSP (relais services publics) dans un souci d'accueillir la personne dans sa globalité. Il s'agit de MSP labellisées par le préfet, soutenues financièrement par l'État et disposant d'une assiette minimale de services homogènes. Une centaine de MSP sont en cours de création.

Au-delà de l'offre de services polyvalente, le territoire de proximité peut être le lieu d'une approche générale de mise en cohérence des politiques. A ce titre le « projet local de santé » peut être l'occasion d'une convergence des diverses politiques publiques et des acteurs, notamment la Sécurité sociale, vers un objectif global d'amélioration du niveau de santé de la population. L'appel à projets du 16 avril 2003 sur les projets partagés de santé d'action sociale et médico-sociale dans les « territoires de développement » a retenu plus de 60 projets dont la majorité sont orientés vers la prévention et l'amélioration du niveau de santé. Outre qu'il permet de la souplesse et de l'innovation dans les services, le projet local facilite la diffusion d'une « culture » de la santé, partagée entre les différents acteurs, politiques, associations, professionnels et habitants, et la mise en œuvre d'une meilleure intégration sociale.

Pierre-Yves CHANU

Selon le Conseil économique et social, environ 95 % des entreprises comptent entre 1 et 10 salariés. Ces entreprises ont besoin d'une présence de la branche recouvrement.

Les priorités de la branche recouvrement montrent qu'un ancrage de proximité doit être maintenu, dont il me semble que le territoire pertinent est le département. On peut citer à l'appui de cette nécessaire proximité le rôle de conseil des URSSAF par des contacts notamment physiques, la volonté de simplification face à l'accumulation de dispositifs réglementaires notamment sur les dispositifs d'exonérations des charges, ou encore la lutte contre le travail dissimulé pour défendre les droits des cotisants et la Sécurité sociale.

On assiste à un mouvement de regroupement des caisses. Or, les regroupements doivent être opérés prudemment. En effet, la proximité en termes d'accès aux services est importante mais ne suffit pas. Il faut également une gouvernance de proximité afin que les URSSAF mènent à bien leurs missions. Les administrateurs doivent avoir une connaissance fine du contexte socio-économique local (structures des entreprises, activité économique, ...) notamment pour les commissions de recours amiable, ou pour définir les ressources mobilisables.

C'est pourquoi j'estime que le dialogue entre les structures de Sécurité sociale et les acteurs locaux exige une gouvernance de proximité dont le territoire le plus pertinent est le département.

Caroline GUGENHEIM

Dans le département des Hauts-de-Seine, à tissu urbain dense, la CAF s'est inscrite comme partenaire du développement social et urbain avec 22 points d'implantation, qui sont la pierre angulaire du projet d'entreprise, « la Caf dans la Ville », qui repose sur la connaissance des territoires.

Le partenariat a une place centrale dans l'action de la CAF et constitue une modalité essentielle de l'action sociale. Ainsi, la COG précise que la CAF doit « développer une approche territoriale et partenariale ». Aussi, à travers la participation de la CAF aux dispositifs « politique de la ville », une démarche partenariale s'est solidement implantée avec les villes, la préfecture et le conseil général.

Le partenariat avec les 36 villes, en lien avec des associations s'exerce en coordination avec l'État et le département, sur la base de contrats. A titre d'exemple, pour la préparation du CUCS de la ville de Nanterre, la CAF a apporté la richesse du contenu de ses fichiers et de ses analyses pour l'élaboration du diagnostic social et urbain. Elle apporte également son approche globale prestations / action sociale, mais aussi le professionnalisme de ses travailleurs sociaux. En l'occurrence, sur Nanterre, la permanence d'actions sociales de la CAF permet de mettre en place des actions individuelles ou collectives vers les populations les plus vulnérables, en s'appuyant sur un réseau de partenaires locaux.

Toutefois, ce partenariat rencontre des contraintes. Ainsi, depuis 2004, la CAF est en position de prestataire car elle traite du RMI et du FSL pour le compte du département. Ceci n'est pas sans conséquence dans la relation avec les partenaires, d'autant que le département s'est vu confier des missions d'action sociale supplémentaires. De plus, l'approche territoriale a aussi pour objectif d'optimiser les ressources financières de la branche famille d'où une sélectivité des besoins prioritaires qui peut être mal ressentie par les partenaires.

La légitimité de l'action de la CAF s'est forgée progressivement et repose en définitive sur la performance de l'organisme de sécurité sociale qui contractualise et évalue l'action menée.

Il convient de remarquer que l'implication de la CAF dans le développement social a une forte incidence sur le management interne : déconcentration de services de la caisse pour connaître les territoires, formations au mode projet et à l'évaluation, management participatif pour capitaliser les bonnes pratiques, décloisonnement interne pour travailler sur la transversalité... c'est-à-dire la mise à disposition aux partenaires d'une offre de services globale.

François DUBEAU

Les trois départements ruraux couverts par la MSA ont une très faible densité, ce qui explique que les actions de la MSA ne peuvent pas couvrir simultanément tous les territoires. La question de mettre en place ou non des actions sur tel ou tel territoire se pose de façon permanente. Or, un tel choix peut se faire courir sans des risques d'exclusion. Afin de s'organiser et de déterminer où mettre en place des actions, la MSA s'appuie sur son réseau d'élus, sur ses travailleurs sociaux et ses antennes afin d'évaluer les difficultés. La MSA a la volonté d'être pragmatique sur le terrain. Ses exigences sont de travailler en partenariat et non pas de faire à la place des élus ou des adhérents car s'il n'y a pas d'appropriation sur le terrain, le risque de rejet est grand.

La notion de territoire est importante car les exigences varient en fonction de celui-ci et des domaines d'intervention. Ainsi à titre d'exemple, dans l'Aveyron, la MSA a participé à la mise en place d'une maison de santé rurale en vérifiant au préalable que des difficultés existent et en fixant des exigences conditionnant sa participation (qualité des soins, permanences ou coordination). De plus, la montée en charge de l'intercommunalité permet de faire des choses qu'on ne pourrait pas faire sans. Sur plusieurs cantons de l'Aveyron il a été mis en place une garderie itinérante, action qui n'aurait pas été concevable sur un seul canton.

Le partenariat est une nécessité, et un partenariat de qualité doit être recherché quel que soit le sujet ou les acteurs. Dans l'Aveyron, sur 304 communes, 240 ont un contrat enfance ou temps libre. Ce fort taux de couverture est dû à un étroit partenariat entre la CAF et la MSA qui se sont partagées le territoire en fonction de son caractère rural ou non, et elles parlent d'une même voix vis-à-vis des partenaires.

Un autre exemple peut être retenu dans le large territoire sud Aveyron qui souffre d'un problème de sous médicalisation. La sous-préfecture a sollicité la MSA et la CPAM afin de créer un pôle de soins en raison de leur expertise dans ce domaine. Ce travail en partenariat a abouti à la création d'un pôle d'excellence rural labellisé comprenant plusieurs maisons de santé rurale. Ce projet a réussi car un véritable partenariat a été mené. Le rôle de la MSA est à cet égard de bien cerner les facteurs de réussite tels que les habitudes de vie, zones d'attractivité, services offerts sur le territoire... Il convient également de remarquer que, parfois, un projet nouveau conduit à des conséquences inattendues (ainsi, la création de la maison médicale de Salles Curan a permis de consolider l'attractivité locale par le maintien du label de station verte de vacances).

Au total, je considère que la légitimité de la MSA vient de son action sur le terrain et de sa capacité à répondre aux demandes. Elle se conquiert puis se mérite chaque jour par la compétence. « Agissons, et la légitimité suivra ».

2nde table ronde : Comment adapter les réseaux de Sécurité sociale aux territoires et à leurs évolutions ?

Yves HUMEZ

La Sécurité sociale doit répondre à des besoins croissants exprimés par les personnes et les entreprises qu'elle sert : plus de proximité, plus d'individualisation du service, plus de rapidité, moins de complexité.

Les conditions économiques et sociales dans lesquelles vivent aujourd'hui certaines populations rendent l'action et la présence de la Sécurité sociale, plus que jamais nécessaires.

Dans le même temps les contraintes de gestion des organismes de Sécurité sociale s'accroissent : complexité de la législation, nouveaux publics aux besoins spécifiques, réduction des moyens de gestion.

Comment répondre à ces nouveaux besoins et nouvelles attentes du public tout en conciliant les contraintes de gestion des organismes de Sécurité sociale ?

Dominique GENTIAL

La MSA de Haute-Loire est présente sur les territoires par les agences et permanences, mais également par de nouvelles technologies offrant plus de souplesse, les bornes Visio guichet qui permettent aux collectivités locales de maintenir des services et aux caisses de proposer une réponse à la demande. La MSA a également développé d'autres moyens de rencontrer ses adhérents pour prendre en compte les besoins de ces derniers : prise de rendez-vous, rencontres au domicile des personnes les plus dépendantes, organisation de rendez-vous adhérents/élus locaux/agents d'accueils, organisation de réunions d'informations (accès aux droits, actions de prévention), visites dans les entreprises (informations diverses, actions de prévention, ou promouvoir les services Internet), présence sur les territoires au côté des promoteurs pour les accompagner dans la construction de projets.

Les besoins de la population ont évolué vers des demandes beaucoup plus complexes (législation, situations particulières, difficultés de certaines populations précaires, droit à une protection sociale où chaque individu doit faire des choix). C'est pourquoi les conseillers clientèle doivent de plus en plus faire du conseil, et ne plus donner que de l'information.

La MSA s'adapte aux besoins de ses clients en utilisant tous les moyens de communication existants afin de cadrer la réponse aux habitudes des adhérents dans leur vie quotidienne (téléphone, Internet...), ou encore en gérant de nouveaux problèmes de confidentialité lorsque les chefs d'entreprise délèguent les tâches administratives à des cabinets comptables.

Cette adaptation aux besoins nécessite des moyens importants en personnel alors même que nous sommes contraints à réduire les effectifs et améliorer la performance. Nous avons donc besoin de gagner encore plus en productivité, en professionnalisation. Ceci passe par l'utilisation des nouvelles technologies (GED, logiciel de relation clients), et par le regroupement des caisses. Ce regroupement ne nuit pas à la proximité car il permet de redéployer du personnel dans l'accueil et le conseil.

L'État doit reconnaître l'action de la Sécurité sociale sur les territoires, ce qui n'est pas toujours le cas. Cette reconnaissance passe entre autres par la recherche de moyens législatifs pour permettre les transferts de fichiers entre organismes, un nettoyage des textes, une législation moins complexe sur les pièces justificatives.

Antoine GROS

L'URSSAF est présente sur les territoires essentiellement par des points d'accueil et des permanences qui coûtent cher et sont peu visités. Il a donc été mis en place une démarche écoute client par le maintien de quelques points d'accueil et le développement d'une politique d'accueil sur rendez-vous des chefs d'entreprise, par des actions de formation à la chambre des métiers, par des déplacements dans les associations de créateurs d'entreprises, par la présence dans des forums commerciaux pour promouvoir la télé-déclaration et le télépaiement ainsi que le CESU. Des actions ponctuelles vers certaines catégories (restauration, hôtellerie, bâtiment...) sont proposées afin de promouvoir les télé-déclarations ou le chèque-emploi petites entreprises.

Il y a un fort turn-over des entreprises dans le Var avec une forte mortalité et beaucoup de créations d'entreprises. Or, le prix d'acquisition d'un client est cher, d'où une réflexion à mener sur la promotion de la pérennisation des clients par des actions de prévention, de formation et d'accompagnement des entreprises pour baisser le taux de rotation. De plus, il y a une demande très forte de sécurité juridique des entreprises car la législation est de plus en plus complexe. On peut prendre pour exemple les ZFU, où en raison de la complexité du système d'exonérations, de nombreux redressements ont lieu.

Des gains de productivité peuvent être effectués sur le personnel, sur les nouvelles technologies (télépaiement et télé-déclaration), par la mutualisation des fonctions support, par le recrutement de nouveaux collaborateurs ayant de fortes capacités d'adaptation pour appréhender les technologies futures. La nouvelle classification permet plus de souplesse comme attirer des gens compétents avec de l'expérience en leur donnant des points de compétence dès l'embauche. D'autres outils de GRH pourraient encore aider comme la prime de performance pour tous.

L'État doit obliger les créateurs d'entreprise à suivre des formations à destination des commerçants et des professions libérales ce qui permettrait de prévenir certains incidents. L'État doit créer les règles ou être incitatif pour que les entrepreneurs accèdent à des formations initiales.

Alexis LACROIX

Le secteur privé des assurances a les mêmes préoccupations, à savoir trouver le mode de relation le plus adapté pour s'adresser au public en vue de lui offrir les services dont il a besoin. Il existe de nombreuses notions équivalentes entre nos 2 secteurs : proximité, qualité, partenariat, besoins du client... Nous avons la même volonté de satisfaire des publics, dont les attentes sont mouvantes et les exigences renforcées par l'amélioration de la qualité de service des autres prestataires. La proximité est importante pour toucher les publics et apporter de la valeur ajoutée dans les moments importants. Toutefois, des divergences existent. La Sécurité sociale cherche un contact avec le public pour des raisons sociales avec des contraintes économiques alors que les assureurs privés cherchent le contact pour des raisons économiques avec des contraintes sociales (ce qui ne signifie pas pour autant que la préoccupation sociale n'existe pas et réciproquement). La pression de la concurrence fait que nous sommes obligés d'aller en premier vers un client qui ne nous recherche pas.

Les enjeux d'amélioration de la performance (localisation, recrutement, utilisation des technologies de la communication, localisation des centres de gestion) passent par une analyse fine des processus d'interaction avec les publics et une étude de leurs attentes à chaque étape pour construire des « offres de relation ». La nature payante et concurrentielle de nos prestations permet plus facilement de piloter l'atteinte de la performance.

Synthèse des échanges

La Sécurité sociale doit diversifier son offre de services, la notion de territoire pertinent étant fluctuante

Trois notions de territoires pertinents peuvent être dégagées :

- du point de vue des organismes de Sécurité sociale, le territoire se définit en premier lieu par rapport à un espace de compétences, mais également par rapport aux actions mises en place ou à ses partenaires.
- du point de vue de l'usager, le territoire est avant tout celui de son territoire de vie, donc à géométrie variable en fonction des projets développés ou des attentes
- du point de vue des collectivités territoriales, le territoire c'est la commune, le canton, l'intercommunalité, le département, le pays.

Les notions de proximité et de territoire pertinent sont des notions relatives. Il n'existe pas un territoire pertinent mais des territoires pertinents. Le degré efficient de proximité dépend des caractéristiques même des territoires et des différentes attentes des usagers. C'est pourquoi la présence territoriale de la Sécurité sociale est diversifiée. Les réponses aux nouveaux besoins des usagers et les impératifs économiques renforcent cette tendance à la diversification. Cela nécessite donc une capacité d'innovation et d'expérience à l'échelon local.

Face aux attentes du rôle déterminant de la Sécurité sociale tant sur le plan de la cohésion que sur l'attractivité des territoires, et aux attentes de plus en plus exigeantes des clients en terme de services attendus, qualité de service, conseil individualisé et de relation de service, les organismes doivent s'adapter et accompagner les nouveaux besoins des usagers.

L'importance du partenariat, qui explique la légitimité des organismes à intervenir sur les territoires

La réponse aux attentes des usagers et le développement des territoires imposent une approche partenariale tant entre les organismes de Sécurité sociale et les acteurs locaux qu'entre les organismes eux-mêmes (exemples : les relais de service public en milieu rural, la participation de la CAF des Hauts-de-Seine à la préparation du contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) de la ville de Nanterre, participation de la MSA Tarn-Aveyron-Lot à un pôle d'excellence rurale).

Dans le cadre de partenariats avec d'autres acteurs locaux, les organismes peuvent, entre autres, apporter leur connaissance du terrain et leur expertise reconnue.

La légitimité des organismes de Sécurité sociale à intervenir sur les territoires doit s'acquérir même si elle existe dans les textes. Tous les participants s'accordent à dire que cette légitimité provient plus de leur capacité à apporter une réponse pertinente aux besoins. C'est bien la compétence, les services et les expertises des organismes qui font leur légitimité. Sur ce point, il serait nécessaire qu'ils communiquent mieux sur leur offre de services, notamment auprès de certaines collectivités locales. Il s'agit de faire en sorte que l'organisme ne soit pas partie prenante seulement pour le financement mais également pour la définition des modalités du projet. Cette participation en amont peut être une condition de la réussite d'un projet.

La nécessaire conciliation entre réponse aux besoins de la population et impératifs de performance économique

La Sécurité sociale doit concilier un triple objectif : présence territoriale / qualité et pertinence de la réponse apportée à l'utilisateur / impératif économique. Pour cela elle est en constante recherche de gains de productivité. Cette dernière peut être trouvée dans les domaines suivants :

- le développement des nouvelles technologies et la dématérialisation (plate-forme de service, Internet, visio guichets). Pour optimiser ces outils, il convient d'adapter le cadre législatif et réglementaire (permettre les transferts de fichier, traiter la question des pièces justificatives...);
- la mutualisation. Cela permet notamment de mettre l'accent sur la professionnalisation ;
- la simplification des procédures et du cadre législatif et réglementaire ;
- une politique de GRH offensive par le recrutement de nouveaux collaborateurs ayant de fortes capacités d'adaptation au regard de futures technologies. Une gestion des rémunérations plus basée sur la performance permettrait également des gains de productivité.

Conclusion

La Sécurité sociale intervient au plus près des territoires de vie. Elle est d'autant plus légitime à agir qu'elle le fait en partenariat avec les acteurs locaux. Cette démarche est confortée par la recherche de la performance qui vise à accroître la qualité du service au meilleur coût et aussi pour disposer d'une capacité permanente à s'adapter aux évolutions des besoins des territoires.

C'est pourquoi la Sécurité sociale a su développer une véritable capacité d'adaptation au service des usagers.

Atelier n°2 La mutualisation

Président : Jean-Luc TAVERNIER, *directeur de l'ACOSS*

Intervenants :

Dominique LIGER, *directeur général du RSI*

Philippe RENARD, *directeur de l'UCANSS*

Marcel DUMAREST, *chargé de mission, responsable du domaine Informatique - télécommunications – affranchissement - impressions de l'agence centrale des achats du ministère de l'économie et des finances*

Paul ISTRIA, *directeur délégué des ressources humaines institutionnelles, CCMSA*

Ollivier DERVILLERS, *président de l'association des dirigeants d'agences comptables*

Michel GOSSEC, *directeur de l'URSSAF d'Évreux*

Gérard BERTUCCELLI, *directeur de la CPAM de Clermont-Ferrand*

Gérard PIGAGLIO, *directeur de l'URSSAF de Lyon*

Rapporteurs :

Florent MANGIN, *chef du bureau 4C, direction de la Sécurité sociale*

Céline GOETSCH, *élève de la 45^{ème} promotion de l'EN3S*

Les problématiques de l'atelier

La mutualisation n'est pas une idée neuve. Mettre en commun des ressources, des expertises pour être plus efficace et performant, c'est bien ce qui fonde un certain nombre d'outils communs aux branches du régime général : même école de formation, convention collective commune, gestion commune de la trésorerie...

Mais cette démarche prend une dimension particulière dans les COG de troisième génération, quelle que soit la branche ou le régime. En effet, la Sécurité sociale est confrontée à de nouveaux défis qui exigent d'adapter encore ses services, d'en renforcer la qualité et l'efficacité tout en maîtrisant les coûts. Face à ces enjeux, un organisme de Sécurité sociale ne peut agir seul : mettre en commun les moyens, « mutualiser » la production de certains services ou fonctions support est aussi un moyen de se redonner des marges d'action.

Les interventions

Gérard BERTUCCELLI

Des expériences de mutualisation de plates-formes ont été menées au niveau de la région Auvergne à partir de 2003, parmi lesquelles la création d'une plate-forme téléphonique « assurés » basée à Clermont-Ferrand. A partir de 2002, la mise en œuvre des « actions pilotes régionales » (APR) sous l'égide de la CNAMTS a favorisé l'expérimentation de la mutualisation dans le domaine de la régulation, du risque professionnel et du service. Le soutien fort du national a été un facteur clé de succès dans cette expérience de mutualisation et le cadre des APR a permis d'identifier la région comme entité géographique devant présider à la mutualisation. Il était par ailleurs essentiel pour la réussite du projet que les organismes participant à l'expérience aient une vision commune et partagée des objectifs à atteindre, mais également qu'ils se mettent d'accord sur un mode de pilotage et de suivi matérialisé par une charte de fonctionnement et d'engagement réciproque. Par ailleurs, l'application d'une véritable méthodologie de projet, tant dans l'accompagnement du changement en interne vis-à-vis des instances et du personnel que dans le respect du planning et le suivi des indicateurs de performance, a contribué à la réussite du projet.

Le champ du service a toujours été considéré comme un champ privilégié en matière de mutualisation. Avec la contractualisation des objectifs dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG) ou les contrats pluriannuels de gestion (CPG), des organismes de tailles différentes devaient désormais rendre un service identique sur tout le territoire. C'est donc une recherche partagée d'efficacité qui les a réunis dans ces projets de mutualisation : gérer les compétences et optimiser les moyens disponibles en personnels et logistique, tout en améliorant la qualité du service par une meilleure accessibilité et une amplitude horaire et journalière accrue. Forte de ces premiers résultats, cette expérience devrait se prolonger par l'extension des compétences mutualisées à la réponse aux emails des assurés.

Michel GOSSEC

La création d'un centre mutualisé des achats en régions Haute/Basse Normandie et Centre répondait à quatre objectifs principaux : réaliser des économies d'échelle sur les achats tout en améliorant la qualité des prestations, assurer une plus grande sécurisation juridique des procédures, optimiser la gestion de la fonction achats et améliorer la performance des achats. Afin de faire naître ce projet, il a fallu tout d'abord se doter des compétences nécessaires, notamment par la professionnalisation de la fonction d'acheteur, mais aussi acquérir la confiance des organismes clients en leur garantissant un service identique ou meilleur à un moindre coût. Il était également nécessaire de clarifier l'organisation régionale et de situer les responsabilités de chacun par la conclusion d'une convention de services entre les URSSAF clientes et l'URSSAF « centre mutualisé » et par l'élaboration d'un plan d'action régional qui mette en œuvre la politique d'achat préalablement définie.

Le bilan tiré de cette mutualisation des achats est très positif. En rendant les marchés plus attractifs à la concurrence et grâce à la mobilisation d'expertises, la centralisation des achats a permis de fortes économies sur les coûts et des économies de moyens humains, principalement en matière de compétences qu'il n'est plus nécessaire de développer au niveau local. Par ailleurs, la qualité des prestations s'est améliorée dans un contexte de plus grande sécurité juridique. Toutefois, des questions se posent encore, et notamment sur la taille critique qui assurerait la plus grande stabilité au centre mutualisé des achats, tant dans le champ des Urssaf clientes que dans celui des marchés mutualisés. Une autre perspective à approfondir serait celle du développement des marchés écologiques dans le cadre du développement durable encore balbutiant.

Marcel DUMAREST

La rationalisation des achats est une démarche novatrice dans la fonction publique inspirée des pratiques des entreprises privées. Elle s'inscrit dans la nécessité de maîtriser les dépenses de l'État dans un contexte de forte tension sur les soldes publics. Un préalable à la création de l'Agence centrale des achats du Ministère de l'économie et des finances en 2004 a été de chercher par un audit à mieux appréhender la structure des achats afin de mieux les maîtriser. Cet audit a permis de constater de fortes disparités de prix d'achats et de consommation, mais il a aussi relevé le coût de traitement élevé des commandes en raison du taux important de commandes de faible montant.

Ces fortes disparités mises en avant par l'audit ont permis d'identifier les trois leviers majeurs à activer pour atteindre la performance d'achat : la globalisation des achats, car acheter à une plus grande échelle permet de réduire les coûts sans détériorer la qualité des achats réalisés, la maîtrise des consommations pour utiliser au mieux les ressources existantes et la simplification des processus pour réduire le coût de la fonction achat mais aussi simplifier l'acte d'achat pour le gestionnaire. Avec la création de l'Agence centrale des achats, il s'agissait de distinguer dans la chaîne des opérations le bloc achats, globalisé au niveau du Ministère, du bloc approvisionnement qui restait du domaine de tous les services déconcentrés. Cette nouvelle organisation garantit la souplesse et l'autonomie nécessaires à la gestion des approvisionnements tout en permettant à tous de bénéficier de l'effet volume des politiques d'achats communs ainsi que d'experts formés aux métiers de l'achat.

Philippe RENARD

La mutualisation consiste à mettre en commun des moyens au sein des réseaux pour se donner une plus grande capacité d'action, pour rendre un service plus homogène et pour réaliser des gains d'échelle et des économies de gestion. Elle peut constituer un atout certain au service de la recherche d'efficacité dans la mesure où elle permet d'apporter une réponse adaptée à chaque situation et d'offrir les garanties d'un meilleur retour sur investissement. La définition du bon niveau de mutualisation, celui où la création de valeur sera maximale, dépend des domaines et des enjeux qui s'y rattachent.

La Sécurité sociale a une expérience forte antérieure en matière de mutualisation sur les questions informatiques, immobilières ou de ressources humaines, mais elle expérimente désormais de nouveaux champs. Ainsi sur les fonctions de direction, il s'agissait de concilier une spécialisation par branche rendue nécessaire par le développement de champs d'expertises spécifiques avec le fait que les compétences (managériales, stratégiques, partenariales, etc...) exigées des dirigeants restaient identiques. Ce paradoxe a donc conduit à développer des outils et orientations communes pour favoriser la mobilité des agents de direction entre les branches. Par ailleurs, dans d'autres situations, le regroupement d'équipes de direction peut parfois s'imposer pour donner de la cohérence à l'action d'organismes très proches géographiquement.

La démarche de mutualisation se développe également sur les fonctions support. La globalisation des achats peut s'avérer être un levier important pour réduire les coûts de gestion. La période qui s'ouvre se distinguera par une forte attention au management des achats de l'institution. Depuis janvier 2007, l'UCANSS a mis en place un « observatoire de l'achat » pour établir une cartographie et repérer les bonnes pratiques en matière d'achat. De même, les projets de migration des systèmes de paie des caisses nationales sont révélateurs d'un contexte favorable à une mutualisation et à une harmonisation des systèmes d'information concernant les ressources humaines. La fonction recrutement pourrait donc, de la même façon, se voir attribuer une mission de mutualisation des pratiques de recrutement.

En ce qui concerne les fonctions « cœur de métier », la mutualisation constitue un élément de réponse au développement d'une offre de services modernisée et homogène sur l'ensemble du territoire. Toutefois, contrairement aux fonctions supports, la mutualisation en interbranche sur des offres de services suscite encore bien des interrogations.

Olivier DERVILLERS

La mutualisation est la mise en commun de ressources pour tenter d'obtenir un gain ou de réaliser des économies. Longtemps, on a travaillé dans l'institution sur une logique d'efficacité des réseaux, cherchant à produire plus avec un minimum de moyens. Est venue s'y adjoindre plus récemment la notion d'efficience, introduisant l'exigence du produire mieux. La mutualisation est une réponse possible à cette demande tant quantitative que qualitative. Dans la sphère comptable, la mutualisation ne peut s'appliquer aux structures d'agences comptables qui fonctionnent en régime d'autonomie financière et comptable. De même, les activités d'agences comptables sont difficilement mutualisables car une telle mutualisation nécessiterait un cadrage juridique et technique complexe. D'où l'exploration d'une troisième piste à travers la mutualisation de la fonction d'agent comptable. Toutefois chaque organisme est unique : il est impossible de comparer les fonctions d'un agent comptable dans des organismes de tailles différentes, au nombre de gestions comptables différent, disposant de ressources variables (en personnel et informatique) et de compétences propres distinctes. Le chantier est donc difficile. On a déjà cependant beaucoup mutualisé dans cette fonction : ainsi, dans la branche recouvrement, un tiers des postes d'agent comptable sont déjà mutualisés en interbranche ou au sein d'un même réseau. Si la mutualisation de cette fonction dirigeante au sein d'un même réseau est possible, elle est plus compliquée à mettre en œuvre entre des organismes appartenant à des réseaux différents. Elle constitue toutefois toujours pour les personnes un enrichissement de la fonction et contribue à accroître l'intérêt pour le poste.

Dominique LIGER

La fusion de trois régimes pour donner naissance au régime social des indépendants (RSI) est une expérience unique dans le monde de la Sécurité sociale puisqu'elle dépasse le simple cadre de la mutualisation. S'il existe aujourd'hui une certaine adhésion quant à la pertinence d'une telle fusion à travers l'objectif de mutualisation des moyens, la mutualisation des métiers et des cultures ne fait pas encore l'unanimité. La fusion des trois régimes en un régime unique n'est en effet pas synonyme de nivellement des cultures et de suppression des particularités. Ce projet a donc nécessité un effort particulier en matière de dialogue social afin d'adapter progressivement l'organisation des hommes à ce nouveau régime. Ainsi, un dispositif exceptionnel d'accompagnement social a été mis en place pour les cadres qui n'ont pu être renommés dans leurs fonctions. De plus, la nécessité de regrouper les équipes pour réussir cette mutualisation totale a mobilisé un chantier immobilier considérable.

Parallèlement à ce processus de fusion et afin d'éviter qu'il n'ait pour conséquence un désengagement du réseau de l'échelon départemental, une solution de mutualisation inter-régimes a été expérimentée par l'externalisation du recouvrement pour la totalité du public du RSI. Enfin, dans un projet d'une telle ampleur, il est particulièrement important de rappeler que mutualiser n'est jamais un objectif en soi. Celui qui a présidé à la création du RSI est bien de faciliter l'accès et d'améliorer le service à l'assuré : la mutualisation n'est qu'une priorité de second rang.

Paul ISTRIA

Le projet de restructuration du réseau de la mutualité sociale agricole (MSA), déjà bien engagé, vise à passer de 49 entreprises en 2007 à 35 en 2010. L'une des caractéristiques de la réorganisation du réseau MSA est l'adoption d'une démarche pragmatique qui envisageait plusieurs voies pour atteindre un objectif unique de fusion. La fédération est aujourd'hui très clairement identifiée comme une étape transitoire vers la fusion. Elle permet de regrouper la totalité des moyens et d'en assurer la gestion pour le compte des caisses tout en laissant intacte la structure politique et juridique des caisses départementales. L'expérience a montré que l'étape fédérale permet de progresser là où les élus et la direction auraient parfois hésité à sauter le pas vers la création directe d'une caisse pluri-départementale.

Une autre caractéristique essentielle est que ce processus de fusion résulte de la volonté des acteurs locaux : ce sont en effet les conseils d'administration qui décident de créer des fédérations et les assemblées générales des caisses qui votent les fusions. L'adhésion des acteurs locaux est donc un facteur clé de succès : la réorganisation du réseau s'inscrit dans un plan d'action stratégique global largement préparé par une concertation associant élus et directeurs. L'objectif poursuivi est de se donner une perception commune des enjeux. Les caisses ont donc été invitées à réaliser un autodiagnostic afin de mesurer leur capacité à mettre en œuvre les politiques institutionnelles et de réfléchir aux modalités de mise en commun au plan pluri-départemental ou régional. La méthodologie adoptée a également cherché à impliquer tous les acteurs grâce à la sensibilisation des élus mais aussi à l'association active des instances représentatives du personnel et des organisations syndicales aux réflexions des cadres dirigeants.

Gérard PIGAGLIO

Pour atténuer les effets négatifs d'une décentralisation historiquement très forte, les URSSAF de la région Rhône-Alpes ont développé, depuis vingt ans, une culture et des structures de coopération. Il s'agissait pour elles d'éviter les coûts les plus criants de la duplication associée à la décentralisation, mais aussi de renforcer le cœur de métier et de développer des offres de services nouvelles. Le renforcement de ces obligations dans la COG 2006-2009 a conduit à une forte mutualisation régionale des activités supports ou d'expertise par l'externalisation équilibrée vers certaines URSSAF. Cela a permis aux URSSAF d'investir sur le développement des compétences clés.

Deux écueils principaux ont été évités : une centralisation excessive sur l'URSSAF chef lieu de région n'était pas envisageable pour des raisons d'acceptabilité du réseau, mais, à l'inverse, la dissémination sur l'ensemble des URSSAF ne garantissait pas l'efficacité et la pérennité à long terme du processus.

Enfin, un mode de pilotage innovant a été mis en place. La déclinaison stratégique de la COG, la fusion des URSSAF infra-départementales et la mutualisation régionale des activités supports et d'expertise impliquent en effet un pilotage régional renforcé qui est assuré par le conseil régional des directeurs animé par le chef de file de région. Par ailleurs, un pilote pour chaque action prioritaire est désigné, une planification est établie, des coopérations et moyens spécifiques sont définis et des indicateurs sont élaborés afin de suivre la réalisation des actions.

Pouvait-on engager une telle démarche sans associer aussi les administrateurs à cette évolution ? L'association de chaque Conseil d'administration d'organisme est apparue insuffisante, aussi un comité de concertation régional associant de façon paritaire 2 administrateurs de chaque organisme a-t-il été constitué afin de donner à titre consultatif un avis sur les projets de mutualisation et l'action régionale, à charge pour l'URSSAF chef lieu de région d'adopter les budgets régionaux correspondant à ces actions.

Synthèse des échanges

1- Pourquoi développer la mutualisation au sein de la Sécurité sociale : quels gains en attendre ?

En introduction, Jean-Luc TAVERNIER a insisté sur les différents facteurs qui poussent les organismes de Sécurité sociale vers la mutualisation. Tout d'abord, l'exigence de qualité de service toujours accrue incite les organismes à se regrouper pour se partager la charge de travail mais aussi gagner en expertise. Les objectifs toujours plus ambitieux sont en effet de plus en plus difficilement atteignables par des organismes seuls. Pour se donner plus de capacité d'action et pouvoir atteindre voire dépasser le socle commun défini par le national, les organismes s'organisent en réseau et mettent en commun leurs moyens. L'exemple le plus fréquent en la matière est celui des plates-formes téléphoniques de service communes qui se proposent à la fois d'améliorer l'accessibilité en offrant aux usagers une amplitude horaire élargie et des temps d'attente réduits, et de mieux répondre à leurs attentes par la professionnalisation de la réponse et l'ouverture de services dédiés à leur profil. En plus de l'accroissement substantiel du niveau de service proposé, les bilans de ces expériences notent le plus souvent une hausse conséquente de la satisfaction des usagers.

Par ailleurs, l'accent mis par la dernière génération de COG sur la contrainte budgétaire et la nécessité de maîtriser les coûts de fonctionnement a été un autre aiguillon de cette mutualisation. Dans sa COG 2006-2009, la branche recouvrement a ainsi pris l'engagement de réduire de 10 % le coût des fonctions mutualisées. Mutualiser les fonctions support doit permettre de se recentrer sur le cœur de métier en réalisant des économies sur des missions qui ne sont pas la raison d'être des organismes de Sécurité sociale. Cette maîtrise des coûts est réalisée grâce aux économies d'échelle automatiquement générées par l'augmentation des volumes. Mais elle est aussi possible grâce à l'optimisation des moyens disponibles humains, logistiques, économiques et budgétaires qui, à travers une meilleure gestion des compétences, permet de gagner en expertise et en qualité. Les expériences de mutualisation des achats sont une parfaite illustration de la compatibilité entre l'objectif de maîtrise des coûts et celui d'amélioration de la qualité des approvisionnements et de la sécurité juridique par le développement de compétences nouvelles.

La mutualisation contribue également à l'amélioration des performances du réseau. En plus d'offrir aux organismes l'opportunité de se recentrer sur leur cœur de métier, il s'agit d'un moyen pour eux de mettre en commun des compétences rares et de faciliter la diffusion des bonnes pratiques. En incitant les caisses à se rencontrer et à coopérer, les différents réseaux les encouragent à développer une vision commune et partagée des objectifs à atteindre et à développer des stratégies « gagnant-gagnant ».

Parallèlement à ces nouveaux objectifs, les progrès technologiques de ces dernières années constituent des facteurs facilitateurs qui expliquent en grande partie l'essor des projets de mutualisation : les nouvelles technologies de l'information et de la communication permettent aujourd'hui aux organismes de s'affranchir des distances en se mettant en réseau, avec, par exemple, la constitution de plates-formes virtuelles, ou en développant des systèmes d'information partagés. La mutualisation apparaît également parfois comme un moyen d'optimiser l'organisation d'un réseau. Elle permet en effet de localiser une activité à l'endroit où se trouve le personnel, sans pour autant forcément devoir renoncer à un maillage territorial garantissant le maintien de la relation de proximité prisée par les usagers.

La perspective de ces gains multiples ne doit cependant pas inciter les organismes de sécurité sociale à se lancer dans une démarche de mutualisation sans parallèlement organiser la mesure et le suivi des retours sur investissements. Il s'agit d'une étape incontournable conditionnant la réussite de toute entreprise de mutualisation car elle permet de réviser à temps un projet mal engagé, mais aussi de conforter un bilan positif et d'asseoir la démarche au sein d'un organisme. En apportant un éclairage économique sur la taille critique, elle devient enfin essentielle au moment où se pose la question de l'avenir d'un projet de mutualisation et de sa possible extension.

2- Quel est le niveau le plus pertinent de mutualisation : au sein d'un même réseau ou entre plusieurs réseaux du régime général ou de la protection sociale ?

Le bon niveau de mutualisation est celui qui permet aux organismes de maximiser leur performance, leur efficacité et leur efficience. Les bilans des expériences passées en matière de mutualisation inter-branches, inter-régimes ou au sein d'un même réseau sont contrastés. Il ne peut être énoncé de règle générale en la matière car la définition de l'échelon pertinent de mutualisation dépend trop fortement des domaines concernés, de la configuration du réseau, des enjeux locaux, voire même de l'histoire ou de la culture des organismes. Ainsi, en matière de centralisation des achats, la question du niveau optimal est étroitement liée à la nature de l'achat. De plus certains biais susceptibles d'être introduits par la mutualisation doivent être pris en compte dans le calcul d'opportunité, comme notamment le risque implicite d'exclusion des gros marchés des petites et moyennes entreprises. Si elle procure de nombreux avantages, la mutualisation augmente par ailleurs le nombre d'acteurs en position de décideurs et peut donc parfois détériorer la réactivité opérationnelle des organismes. La réussite du projet dépend alors étroitement de la définition de modalités de pilotage claires et équilibrées, mais aussi de la détermination de la taille critique du champ de la mutualisation.

Si la mutualisation de certaines fonctions supports fait de plus en plus consensus, cette thématique soulève encore de nombreuses questions quand il s'agit des offres de services ou de la mise en commun de certaines compétences. La spécialisation, la « procédurisation » ou la technicité accrue des métiers par branche vont dans le sens d'une mutualisation intra-branches plus facile que la mutualisation inter-branches... Par ailleurs, la mutualisation d'une activité suppose également l'adaptation des outils supports : informatiques, budgétaires, analytiques ou de gestion des ressources humaines. Cela peut s'avérer être un facteur bloquant à la mutualisation entre plusieurs réseaux du régime général, sans parler de mutualisation inter-régimes. Ainsi, la mutualisation des postes de direction est une orientation poursuivie par plusieurs branches : de plus en plus de postes de directeur ou d'agent comptable communs à deux organismes sont créés pour mieux répondre à une problématique locale. Il s'agit cependant désormais le plus souvent de mutualisation au sein d'un même réseau. Les contraintes matérielles sont en effet parfois perçues comme insurmontables ou les compétences comme trop spécifiques, mais le souhait croissant de permettre aux agents de direction dans les petits organismes de se centrer sur les enjeux propres de la branche y contribue fortement.

Cette spécialisation croissante des réseaux comporte toutefois certains risques et rencontre aujourd'hui ses limites. Ainsi la mutualisation des ressources humaines ne peut s'exonérer des distances géographiques. De même, certaines compétences mobilisées, notamment au niveau stratégique de pilotage des organismes, tendent à s'uniformiser entre les branches ou entre les régimes. Il s'agit d'une problématique relevée par l'UCANSS qui cherche, à travers la mise en place de dispositifs incitatifs à la mobilité, à surmonter ces obstacles et à préparer l'avenir en diversifiant les parcours des cadres dirigeants.

Cependant, des initiatives de mutualisation sont aujourd'hui menées en inter-régimes et plus largement au sein de la protection sociale. C'est le cas de l'interlocuteur social unique (ISU) entre le Régime Social des Indépendants (RSI) et les Urssaf pour les artisans et commerçants, mais aussi de la mise à disposition des corps de contrôle des Urssaf au bénéfice de l'Unedic et de l'ARRCO-AGIRC prévue par la COG de la branche recouvrement et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. La mutualisation peut ainsi conduire à conforter les champs d'expertise existants au sein des différents régimes ou branches. Ces expériences concernent encore principalement la mutualisation de compétences rares mais elles pourraient à l'avenir investir de nouveaux champs.

3- Comment réussir la mutualisation : quelle méthode et quelle conduite du changement ?

Les conditions de succès d'une démarche de mutualisation sont multiples. Il semblerait en premier lieu que la réussite d'une mutualisation soit étroitement liée au degré d'adhésion des acteurs au projet. Celle-ci résulte bien souvent de la capacité des instances dirigeantes à avoir une vision claire des forces et faiblesses de leur organisme. La réalisation d'un auto-diagnostic sur les différentes fonctions potentiellement concernées permet de donner une base solide aux projets de mutualisation en identifiant clairement les besoins auxquels ils se proposent de répondre et en permettant aux acteurs du projet de s'approprier les enjeux. De plus, les organismes concernés doivent s'assurer qu'ils partagent une vision commune des objectifs à atteindre et, si possible, les formaliser par une charte ou tout autre document. En plus de l'établissement d'un diagnostic partagé, une attention particulière doit enfin être portée au développement d'une dynamique « gagnant-gagnant » pour que la mise en commun des ressources ne se traduise pas pour l'un des organismes concernés par le sentiment de perdre toute maîtrise ou de participer à un jeu de dupes. Le suivi des économies réalisées, mais aussi des gains de qualité et d'efficacité engendrés par le projet, peut s'avérer être un outil précieux de communication pour maintenir cette adhésion tout au long de la vie du projet.

Les projets de mutualisation résultent toujours, à des degrés divers, d'une certaine initiative locale et de la volonté des instances dirigeantes, qu'elles soient composées d'élus ou d'agents de direction. Leur association aux réflexions menées en amont est généralement décisive et conditionne leur adhésion. Toutefois l'impulsion donnée par le national par la participation aux réflexions et par la mise à disposition de moyens exceptionnels ou, au contraire, par l'accentuation de la contrainte budgétaire, a souvent été le facteur déclenchant du projet. Par ailleurs, l'adoption d'une démarche pragmatique incite bien souvent les organismes à sauter le pas et à progresser dans la mutualisation par étapes successives. Cette progression fonctionnelle est d'autant plus efficace que la réflexion sur l'organisation des réseaux part désormais d'une analyse des fonctions et non plus d'une réflexion sur les structures juridiques. Elle peut toutefois viser comme objectif ultime la fusion des structures juridiques, comme c'est le cas dans le réseau MSA.

Comme dans tout projet, une attention particulière doit être portée à la méthodologie adoptée et aux stratégies d'accompagnement du changement déployées. Afin d'écartier tout risque d'ambiguïté, il est important que le mode de pilotage du projet soit clairement défini et formalisé dans une convention, de même que les engagements et les responsabilités de chacun. L'élaboration d'un plan précis puis son respect et la définition puis le suivi des indicateurs de performance pertinents sont également des facteurs clés de succès. Par ailleurs, il est particulièrement important que la confiance entre les organismes soit préservée. La pratique de la transparence sur les difficultés rencontrées peut y participer.

L'information et l'association du personnel à la démarche sont également essentielles pour garantir l'inscription du projet dans la durée, en particulier lorsqu'il s'agit de mutualisation entre des organismes aux cultures très différentes ou que le projet doit à terme conduire à une fusion. Les instances représentatives du personnel ou les organisations syndicales sont des acteurs incontournables de tout projet de mutualisation. Au-delà de l'obligation de consultation prévue par les textes, l'association de ces instances aux réflexions menées en amont du projet de mutualisation peut parfois faciliter l'appropriation des enjeux par l'ensemble du personnel. Enfin, une attention particulière doit être portée aux interrogations des acteurs : une réponse dès le lancement du projet aux questions clés des élus ou cadres dirigeants peut être un moyen efficace de les sécuriser sur leur avenir et de lever rapidement certaines oppositions.

Il n'existe pas encore aujourd'hui de vision commune inter-branches sur ce que pourrait être le réseau de Sécurité sociale dans dix ans. Les partenaires sociaux ne s'y trompent pas et la perspective de voir un jour les pouvoirs publics se pencher sur la question ne peut être écartée. Pour conserver leur destin en main, les organismes de Sécurité sociale doivent donc désormais démontrer qu'ils parviennent à optimiser leur efficacité sans qu'il soit nécessaire de passer par des mesures plus radicales. Plus qu'un objectif par elle-même, la mutualisation doit être un moyen d'y parvenir.

Atelier 3 Les nouveaux services

Président : Patrick HERMANGE, *directeur de la CNAVTS*

Intervenants :

Éric HAYAT, *président du GIP modernisation des déclarations sociales*
 Jean Marie PALACH, *directeur du GIP Info/Retraite*
 Annie PRÉVOT, *directeur de la coordination de système d'information, CNAVTS*
 Gérard SOUMET, *directeur de l'action sanitaire et sociale et des services, CCMSA*
 Alain FOLLIET, *directeur délégué des systèmes d'information, CNAMTS*
 Murielle BIALES, *sous-directeur, responsable de la relation clients, Caisse nationale RSI*
 Jean-Yves CASANO, *responsable du département développement des services aux publics, CNAMTS*
 Christophe MADIKA, *directeur de la CRAM de Bourgogne et Franche-Comté*
 Christophe BONNEFOIS, *responsable du centre « Pajemploi » (Haute Loire)*

Rapporteurs :

François GUERIELLON, *DSS*
 Camille LOUVET-RUEFF, *élève de la 45^{ème} promotion de l'EN3S*

Les problématiques de l'atelier

Patrick HERMANGE

La question des nouveaux services de la Sécurité sociale est aujourd'hui largement débattue au sein de l'institution. Elle sera abordée sous deux angles :

- un premier temps sera consacré aux nouveaux services proprement dit, où seront abordées les évolutions afin de voir en quoi ils constituent un réel élément de modernisation de la protection sociale,
- le second temps concernera les téléservices, qui ont connu une très forte montée en charge ces cinq dernières années.

Pour chacun de ces deux temps, des présentations de certains nouveaux services seront faites, puis une phase d'échanges interviendra afin de partager les expériences, en tirer les enseignements utiles et éclairer l'avenir.

L'objectif est de mieux sensibiliser sur la modernisation de la Sécurité sociale et de la protection sociale que traduisent ces nouveaux services grâce au point de situation que nous allons faire sur ces derniers, sur les évolutions en cours et les tendances, tout en s'interrogeant sur les vigilances dont il faut faire preuve pour leur élaboration et leur mise en œuvre, ainsi que sur leurs incidences sur le fonctionnement des organismes de sécurité sociale sous l'angle de la production, de la gestion ou des ressources humaines.

Cet atelier a vocation à nous permettre de partager nos expériences afin de déterminer les conditions et les prérequis pour la réussite de l'implantation de nouveaux services, et nous chercherons ensemble à faire émerger des préconisations et des bonnes pratiques.

Depuis quinze ans, la protection sociale a connu des évolutions très fortes, notamment le passage d'une production de masse assez anonyme à une approche client, tournée vers la qualité et le service rendu à l'assuré.

De même, les attentes en matière de qualité d'accueil ont fortement évolué, ce qui a conduit à développer une grande diversité de prestations d'accueil.

De plus, l'usager devient de plus en plus actif, voire proactif c'est-à-dire qu'il devient même acteur de la production, comme nous le voyons à travers l'exemple des téléservices.

Dans une optique de simplification des démarches pour l'usager, les organismes de Sécurité sociale (OSS) ont aussi évolué. Ils ne sont plus simplement producteurs de leurs propres services, mais coordonnateurs et diffuseurs de services et d'informations produits par d'autres partenaires. Ainsi la création de portails où les OSS diffusent de l'information à destination d'autres acteurs que leurs stricts ressortissants pose t-elle notamment la question des responsabilités induites par ces nouvelles approches pour l'organisme émetteur relais d'informations émanant d'autres institutions.

Parallèlement, une certaine vigilance est nécessaire pour éviter le risque de dérives et veiller à ce que les nouveaux services soient en harmonie avec les autres services plus classiques proposés par chacune des institutions.

Par ailleurs, dans la mesure où il n'y pas de client type, mais au contraire une grande diversité des clientèles, il convient de veiller à éviter que l'usager soit appréhendé de manière trop abstraite par les concepteurs des différents projets de nouveaux services et qu'il soit tenu compte de cette diversité des publics et de leur maîtrise plus ou moins grande des nouvelles technologies.

Plus largement, l'impact très fort des nouveaux services au sein des organisations préfigure des mutations fortes, qui n'en sont probablement qu'à leurs débuts, et impose des prérequis, une vigilance accrue, ainsi qu'une attitude d'anticipation.

La dimension de la sécurité pour protéger les bases de données est également à prendre en compte, comme celle des partenariats indispensables pour la conduite et la réussite des projets. L'enjeu est ainsi de travailler en commun sur les différents systèmes d'information pour aboutir à une forte interopérabilité entre eux. Ce chantier n'en est qu'à ses débuts.

Enfin, les nouveaux services ont des incidences avec la question de la lutte contre la fraude. Certes, ils sont facteur d'une plus grande sécurité grâce à des facultés de croisement d'informations, mais concomitamment, les nouveaux services peuvent être aussi générateurs d'une certaine insécurité grâce à l'accès facilité *via* Internet à des sources d'information et à des bases de données sensibles. Quels types de vigilances faut-il mettre en œuvre ? Quelles marges de progrès sont envisageables en la matière ?

Tels sont les principaux aspects qu'il m'apparaîtrait intéressant d'aborder au cours de cet atelier.

Les interventions

I. Les nouveaux services

Jean-Marie PALACH

Le GIP Info Retraite a été créé pour mieux informer les assurés sur leurs droits en matière de retraite.

La création d'un droit à la retraite a résulté de plusieurs constats :

- la complexité du système français de retraite : plusieurs dizaines d'organismes gèrent les retraites obligatoires et les règles juridiques sont nombreuses pour chaque organisme,
- les attentes des assurés : espérance de vie de plus en plus longue, facilités accrues à avoir des informations (phénomène Google),
- les marges de manœuvre à la disposition des personnes sont accrues par la loi portant réforme des retraites du 21 août 2003 : rachat de trimestres, départs anticipés, cumul emploi-retraite...

Le droit à l'information pose le principe d'une information à caractère obligatoire et systématique : l'assuré reçoit un relevé de situation individuelle (RSI) tous les 5 ans à partir de 35 ans et une estimation indicative globale (EIG) à partir de 55 ans.

L'information porte sur l'ensemble des droits. Ainsi, on reporte la complexité de l'organisation du système français sur les organismes, qui ont l'obligation de se coordonner au sein du GIP.

La loi fixe un calendrier et une mise en œuvre progressive. À partir de 2007, il sera procédé à l'envoi du relevé de situation individuelle aux personnes nées en 1957 et à l'envoi de l'estimation indicative globale aux personnes nées en 1949.

Un envoi tous les 5 ans va générer 5 à 6 millions d'envois annuels, ce qui implique de déterminer des procédures de traitement formalisées.

Face aux difficultés de communication, de sécurité et de gouvernance, l'objectif du GIP a été de fédérer les organismes autour d'un projet commun.

Un document unique sera désormais envoyé aux assurés, constitué d'un feuillet commun faisant figurer le total des durées d'assurance et d'un feuillet par organisme, avec une présentation homogène et cohérente.

Les échanges de données entre les 36 régimes vont reposer sur un annuaire comportant pour chaque assuré la liste des régimes dans lesquels il a des droits et une application nationale, appelée « collecteur », qui ira chercher dans les systèmes d'information des organismes de retraite, pour chaque assuré, les informations nécessaires pour constituer son relevé de situation individuelle ou son estimation indicative globale.

Jean-Yves CASANO

La notion du parcours client répond à une exigence évolutive des publics. Il se situe entre un service de masse qui correspond au service de « base » classique (paiements rapides, délais d'attente à l'accueil...) et un service individualisé qui prend en compte les problématiques spécifiques à certaines catégories de population.

Il s'agit de gérer un événement particulier dans la vie d'un client ou partenaire (assuré, employeur ou professionnel de santé) porteur de risques, de fragilisation et générateur d'une fréquente insatisfaction auxquels il convient de répondre en conseillant, en simplifiant et en accompagnant le concept apparu début 2003 dans la stratégie de services de l'assurance maladie est réaffirmé et enrichi dans la COG 2006/2009 et le projet d'entreprise de la CNAM. Le dispositif a notamment été complété afin d'intégrer les objectifs de gestion du risque issus de la loi de 2004.

Le parcours client s'inscrit dans une problématique plus globale, qui est celle de la définition de l'offre de services qu'il convient d'apporter en réponse à des attentes hétérogènes et variées qu'il faut hiérarchiser dans un cadre budgétaire contraint. En effet un usager a plusieurs profils : au citoyen, il faut répondre aux questions de l'égalité d'accès à notre offre de services sur le territoire ; à l'acteur économique, il faut garantir une bonne gestion des cotisations et une efficacité dans l'utilisation des fonds ; au client, il faut offrir une palette de services en adéquation avec les standards du marché . au malade, il faut apporter un soutien pour le guider dans l'offre de soins. L'exploitation des informations contenues dans les outils de gestion de la relation client permet aujourd'hui de mieux identifier où sont les besoins et les difficultés pour cibler nos actions et les hiérarchiser, en cohérence avec nos orientations stratégiques.

Ainsi, le « parcours » de la future maman a été exploré afin de prévenir les difficultés et anticiper les demandes. L'enjeu est de repérer les moments clés pour simplifier les démarches et apporter les conseils utiles en matière de prévention.

Pour les professionnels de santé nous avons réalisé une offre de services globale dédiée à l'installation du médecin, qui s'appuie sur l'identification précise et séquencée de son parcours.

Plusieurs axes caractérisent cette offre : l'information dès l'université, le conseil avant l'installation, la simplification avec la mise en place d'un accueil coordonné CPAM/URSSAF, l'accompagnement lors des premiers mois d'exercice.

Enfin, je conclurai sur la nécessité pour les organismes de développer la relation client dans leur stratégie managériale. En dépit d'une dichotomie souvent observée entre les activités de front et de back-office, il s'agit de mobiliser l'ensemble des acteurs sur cette logique.

Le développement d'une approche par processus doit être renforcé pour que chacun puisse identifier sa contribution à la performance globale.

Pour faciliter cette démarche, les outils de gestion de la relation client (GRC) doivent être mis en œuvre à tous les niveaux au service de l'informatique décisionnelle pour un développement de services « attentionnés » qui prennent en compte les spécificités de certaines populations et/ou segments de clientèle.

Gérard SOUMET

Le recueil des besoins exprimés par les assurés a conduit à développer des approches nouvelles, dans un contexte spécifique aux territoires ruraux.

Les maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA) sont un concept né au milieu des années 1980 du constat que certains besoins des retraités en milieu rural ne trouvaient pas de réponses adaptées à leurs problématiques de vie.

Il s'agit de structures dont l'organisation et le fonctionnement sont conçus comme un intermédiaire entre l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et l'hébergement à domicile : les résidents vivent en appartement individuel, et bénéficient d'animations et de services.

120 maisons sont actuellement ouvertes (et 30 projets sont en cours) mais la couverture des besoins reste insuffisante.

Malgré le développement des services de maintien à domicile, certains retraités ne souhaitent pas rester dans leur logement (crainte de l'isolement, insécurité...), mais l'offre d'établissements est souvent inadaptée (maisons de retraite médicalisées, éloignées de leurs régions d'origine...) ce qui accélère souvent leur fin de vie.

Face à des retraites agricoles faibles, les personnes âgées en milieu rural sont souvent exclues des maisons de retraite classiques. L'objectif des MARPA est donc d'offrir un moyen de rester au pays en proposant une formule d'hébergement qui assure l'indépendance, un confort de vie, la sécurité et des coûts compatibles avec une retraite faible.

En milieu rural, l'offre de soins et de services est dispersée et de faible densité. Les MARPA s'appuient sur les opérateurs existants (pas de personnel propre, mais des conventions avec les médecins libéraux, soins à domicile...) en fonction des demandes spécifiques et développent la collaboration des acteurs sanitaires et sociaux présents sur le territoire afin de garantir une bonne efficacité de la démarche.

Les personnes âgées paient un loyer majoré des charges pour l'équipe d'animation qui organise autour de la personne âgée le recours aux services, et bénéficient d'une prise en charge de la perte d'autonomie par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou les caisses de retraite.

Les caisses de Sécurité sociale doivent s'attacher à comprendre les évolutions des modes de vie et adapter leur offre de services. Comme le montre l'exemple des MARPA, l'action sociale a un rôle d'éclaireur dans ce domaine dans la mesure où elle se donne les moyens d'appliquer cette démarche pour faire évoluer ses dispositifs. Ainsi, en matière par exemple d'aide à domicile, l'APA a créé une nouvelle donne, dont l'enjeu est la prévention de la perte d'autonomie.

Murielle BIALES

La vocation du régime social des indépendants (RSI), dans le cadre de sa récente création, est de rassembler plusieurs risques. Les missions prioritaires sont donc de définir et de mettre en œuvre une offre de services globale (homogénéité des services rendus aux assurés et prise en compte de la globalité des problématiques des assurés).

Cette démarche qui, compte tenu de l'ensemble des chantiers à mener au titre de la création de ce nouveau régime, est à ce jour en cours d'élaboration s'articule notamment autour de la mise en place d'un dossier assuré unique et de la définition d'une offre de services globalisée.

Les premières actions en la matière sont ainsi, notamment, la mise en place d'un service d'accueil adapté aux différentes catégories de cotisants, le développement de services personnalisés transverses *via* des pôles spécifiques (ex : IJ et invalidité), et le projet d'un « entretien conseil social » proposé aux assurés, à partir de populations ciblées, sur l'ensemble de leur protection sociale.

Par ailleurs, il est souligné que la relation client, comme l'ensemble des métiers des caisses, doit se professionnaliser, être évaluée et mesurée.

Pour autant, la mise en œuvre de cette offre de services globale peut rencontrer des contraintes, d'ordres techniques, organisationnels, certains d'entre eux pouvant être accrus du fait même du contexte actuel du RSI.

Pour y faire face, une sous direction relation client a été créée afin de s'assurer que les attentes des assurés seront bien prises en compte. Y est associée une démarche de management du changement, un accompagnement des caisses face à la nouvelle gouvernance et aux nouveaux processus.

Il est également apparu essentiel d'inscrire la politique d'offre globale de services à la fois dans la continuité des services offerts par les trois réseaux constitutifs du RSI et, dans ce contexte, mêlant fusion de réseaux et de branches, d'une part, et négociation d'une nouvelle COG d'autre part, une réflexion approfondie concernant les attentes des assurés, les nouveaux services attendus ainsi que les modalités de mise en œuvre de ces derniers.

De ce fait, face à la multiplicité des besoins des assurés et de leurs ayants droits, plusieurs vecteurs sont mobilisés : la dématérialisation est couplée à une action de terrain par des collaborateurs itinérants qui développent des services individualisés.

Enfin, dernier enjeu de cette offre de service globale, la nécessaire conciliation de l'objectif de qualité de service avec celui de la performance de la production. En effet, dans un contexte budgétaire contraint, le service individualisé mobilise de nombreuses ressources et est souvent opposé à l'efficacité de la production de masse. Dépasser cette opposition en jouant sur la complémentarité des attentes, des publics et des vecteurs de l'offre de services semble ainsi être une condition essentielle de la réussite du projet

Christophe BONNEFOIS

Le partenariat CAF-MSA-URSSAF de la Haute-Loire fonctionne depuis trois ans. Le *centre national Pajemploi* s'adresse aux parents de jeunes enfants, employeurs d'assistantes maternelles ou de gardes d'enfant à domicile.

Le dispositif est né de la volonté des pouvoirs publics de simplifier les démarches administratives pour permettre aux familles d'accéder plus facilement à leurs droits et de remplir aisément leurs obligations.

La qualité du partenariat et de la coopération entre les différents acteurs institutionnels a été la première condition de réussite, dans le respect des responsabilités de chaque opérateur.

L'interopérabilité des systèmes d'information a visé à éviter le cloisonnement administratif et à développer les échanges informatisés des informations afin de dispenser les usagers de fournir plusieurs fois les mêmes documents.

La promotion d'un site Internet a permis un accès facilité à l'information et le développement des téléprocédures qui, après trois années de fonctionnement, ont conduit à une réduction et à une simplification effective des formalités ainsi qu'à une utilisation importante des téléservices (62 % des cotisants font leur déclaration par Internet) générant d'importants gains de productivité.

Enfin, la satisfaction croissante des usagers est un gage de réussite (99 % des cotisants utilisant internet sont satisfaits de la sécurité des versements) même si l'on peut regretter que l'automatisation crée une certaine confusion des rôles entre l'URSSAF et les CAF.

La clé de la réussite du projet tient à la confiance des usagers ce qui exige une communication renforcée et des règles de sécurité rigoureuses.

II. Nouveaux services, téléservices

Les problématiques abordées sont les suivantes : la question des partenariats, des incidences des téléservices (sur les RH et les SI), et de la sécurité.

Annie PRÉVOT

Un film sur les services en ligne présente l'offre Internet de la branche retraite.

La branche propose des services ciblés et différenciés pour répondre au mieux à ses interlocuteurs (assurés, entreprises, organismes de protection sociale...). L'enjeu de la sécurité pour des accès personnalisés exige une politique contraignante (envoi de mots de passe à domicile).

Des offres collaboratives se développent avec des partenaires (GIP Info Retraite – Net Entreprises – DGME – CNAMTS...) :

- pour les assurés, il s'agit de visualiser sa carrière, de demander la régularisation de sa carrière, de déterminer ses droits pour départ anticipé et de demander sa retraite ;
- pour les retraités, le site permet de consulter le suivi de son dossier, sa déclaration fiscale et ses paiements ;
- pour les entreprises, dans une démarche de professionnalisation des rapports avec les entreprises, les téléservices proposent des comptes rendus d'exploitation des déclarations sociales et la consultation du compte employeur pour la tarification AT (en partenariat avec la CNAMTS).

Le développement des téléservices a permis de réaliser la mise en place de l'interopérabilité entre les OPS pour les agents, c'est-à-dire qu'un agent de la CNAMTS pourra désormais rentrer sur le système de façon transparente.

Afin de poursuivre la mutation en cours, il s'agit de concilier les attentes des utilisateurs et l'offre institutionnelle. Dans les OSS, l'appartenance de branche reste forte. Il faut donc développer la transversalité et offrir un service général, notamment en développant la formation des agents à la relation client. Par ailleurs, la logique de co-production doit être poursuivie afin de permettre des gains de productivité mais surtout d'améliorer l'offre de services.

Christophe MADIKA

Monsieur MADIKA présente deux courts films, l'un sur le BSP (bureau sans papier) et l'autre sur les services Internet de la branche vieillesse.

La mise en place du BSP, grâce à un ensemble d'outils et de techniques permettant le classement et la gestion des documents, a permis de supprimer des coûts d'affranchissement, et de raccourcir les délais de traitement et de transmission.

La mise en place des téléservices pose toutefois certains problèmes, notamment en terme d'organisation du travail et d'ergonomie des postes de travail.

Le suivi individualisé d'activité (TB) se heurte également à des résistances importantes, et un consensus social reste à trouver.

Alain FOLLIET

La dématérialisation des procédures et la mise en place des téléservices sont deux notions porteuses de valeurs permettant d'une part, de décloisonner les services apportés à l'utilisateur et d'autre part, d'en améliorer la performance globale : le principe retenu étant de traiter l'information au plus tôt et d'en assurer son transport.

Définir et mettre en place des téléservices suppose que l'on s'articule autour de 3 axes : la gestion des risques (GDR) (en terme d'information et de prévention, d'accompagnement des professionnels de santé et de planification et d'organisation de l'offre), la qualité de service, (en informant sur l'offre de soins et en simplifiant les formalités) et enfin, l'efficacité collective (en développant la mutualisation, la productivité et les compétences).

Il s'agit donc de proposer des services adaptés aux différentes situations de contact tout en favorisant l'intégration et l'interopérabilité de ces derniers.

Dans cette optique, plusieurs typologies de services adaptés aux pratiques se développent :

- ceux qui sont à l'attention des bénéficiaires : il s'agit de téléservices personnalisés tels que le PFS (plates-formes sécurisées), les guichets de proximité partagés,
- ceux qui sont à l'attention des professionnels de santé : il s'agit de téléservices personnalisés telles que les aides à la prescription (web médecin, dossier médical personnel (DMP), les dématérialisations des prescriptions, les relations avec le service médical (via les messageries).

Il existe plusieurs facteurs clés de succès pour mener une telle démarche. Tout d'abord, l'approche doit être fédérative et doit s'inscrire dans une logique interrégimes. Ensuite, elle doit s'appuyer sur une gestion dynamique des composantes d'identification et de sécurisation (carte de professionnel de santé, vitale 2, identification...). Par ailleurs, la simplicité et l'ergonomie doivent être recherchés (classement logique des services types, simplicité d'usage). Enfin, la mise en œuvre doit être progressive et continue, pour être réactif par rapport aux attentes des assurés et profiter des avancées technologiques.

Éric HAYAT

Le GIP modernisation des déclarations sociales (GIP-MDS) vise une simplification des obligations des entreprises grâce au guichet unique virtuel Net Entreprises, gratuit et sécurisé et contribuant à accélérer la dématérialisation des procédures pour alléger les tâches administratives des organismes.

Le groupement créé en 2000 rassemble l'ACOSS, l'AGIRC, l'ARRCO, la CNAV/TDS, l'UNEDIC, la CNAM, la MSA, le RSI, l'Union des caisses de France du Réseau congés intempéries BTP, la CCVRP, les Congés spectacles, la FFSA-SINTIA et le CTIP, auxquels sont associés la CFTD, la CGPME, la CGT, le CSOEC, la FNSEA, le MEDEF, le Syntec informatique, et l'UPA. Net Entreprise concerne tous les salariés du régime général, les professions indépendantes et le régime agricole, et plus d'un million d'établissements employeurs.

Le projet de la future déclaration nominative assuré (DNA) développé touche sur l'initiative de l'UNEDIC devrait permettre de lutter contre la fraude en simplifiant le dispositif. Elle s'insère dans un contexte où les agissements frauduleux susceptibles d'affecter l'assurance chômage (ainsi que l'ensemble des partenaires sociaux) se multiplient.

En effet, la DNA préserve l'opportunité de simplifier les démarches administratives des employeurs (en supprimant une partie des déclarations actuelles) et des demandeurs d'emploi (processus d'actualisation).

Le projet de la déclaration sociale nominative (DSN) initié par le GIP-MDS est encore à l'étude, et associe la plupart des partenaires.

Synthèse des échanges

Les plates-formes téléphoniques (PFT)

L'exemple des CAF qui se sont dotées d'un système très souple suivant une structuration propre à chaque caisse en fonction de ses besoins et des scénarii identifiés, permet de mesurer l'amélioration du service rendu à l'utilisateur grâce à la mise en place des PFT.

Le couplage téléphonie informatique (CTI) permet au technicien qui décroche d'avoir à l'écran les caractéristiques de l'assuré et l'historique de ses relations avec la caisse, ce qui améliore le degré de confiance, la rapidité et l'efficacité des échanges.

Les résultats concrets sont très positifs : hausse des appels traités, durée moyenne des communications réduite et mise en place de tableaux de bord de suivi.

Traitement de masse versus traitement individualisé : demande des assurés ou contrainte intégrée ?

Longtemps, les objectifs des caisses ont été cloisonnés. Aujourd'hui, la question de l'arbitrage entre une organisation segmentée et la nécessaire transversalité des services doit être tranchée. Des organisations adaptées doivent être mises en place pour palier le risque d'injonctions paradoxales, néfaste en terme de communication et en terme d'impact sur le personnel qui manque de lisibilité.

Comment favoriser l'approche partenariale ? Quelles difficultés ? Quelles solutions ?

Dans un univers de plus en plus collaboratif, les OSS sont soucieux de préserver leur autonomie. Certaines conditions doivent donc être réunies pour assurer un partenariat réussi. Ainsi, le projet doit être suffisamment concret pour mobiliser les acteurs sur des critères de réussite identiques ; les conditions de coopération doivent être formalisées dans des conventions constitutives qui posent les compétences de chacun ; et la mission doit se limiter à de la collaboration, sans empiéter sur les prérogatives des acteurs.

Le cloisonnement entre institutions doit être dépassé. En matière de santé, le système associe l'ensemble des acteurs. Pour autant, des économies d'échelle sont encore à réaliser et l'homogénéité de traitement doit être améliorée.

Les services Internet évoluent en vue de promouvoir une communauté de normes et de règles dans des conditions qui semblent favorables. Il s'agit donc d'une réelle opportunité de changement.

L'incidence des téléservices

La mise en œuvre des téléservices a un impact important, en terme d'évolution des métiers et des fonctions, de réorganisation, ou encore de formations et plus largement de stratégie de nos institutions sociales.

Il est donc nécessaire d'avoir une approche très pragmatique pour familiariser le corps social de nos organismes aux nouvelles technologies, en communiquant sur ses effets bénéfiques. Ainsi, la mise en place du BSP à la CNAV s'est accompagnée d'une politique de communication, afin d'anticiper les résistances aux évolutions.

Les résistances au changement autour de la mise en place de des nouveaux outils tiennent en partie à l'image donnée et perçue de l'utilité de ces nouveaux services et de la façon dont on peut s'en servir. Alors que les directions sont suspectées de ne rechercher que des gains de productivité, ou de mieux maîtriser les effectifs grâce à l'implantation de nouveaux services, il apparaît important de clarifier les gains prévisibles à la fois pour les salariés et pour les assurés.

Il convient également d'être vigilant quant à la perception des nouveaux services sur les agents qui travaillent en back-office. En effet, les salariés qui travaillent sans lien direct avec les assurés peuvent avoir le sentiment d'une confiscation du service nouveau par une minorité de salariés, ce qui risque de susciter un certain malaise social.

Par ailleurs, les téléprocédures vont permettre de dégager des gains de productivité et nécessiter en parallèle des réorganisations importantes au sein des organismes qu'il convient de bien concevoir et de bien expliquer.

Conclusion

Dans un contexte de modernisation de la Sécurité sociale, se traduisant notamment par l'émergence des nouveaux services, il faut rester vigilant sur le fait que l'assuré n'est pas normé et abstrait. Face à des populations hétérogènes, la nature même des nouveaux services et leurs modalités d'accès doivent être bien étudiés pour offrir une palette de services diversifiés et adaptés à la diversité des publics et ce, d'autant plus que l'égalité de traitement de l'assuré doit demeurer un principe prioritaire.

Les incidences fortes des nouveaux services sur tous les champs de l'activité des organismes appellent un suivi et un pilotage dans leur mise en œuvre afin de rester dans une démarche d'efficience et d'amélioration du service rendu. Enfin, les nouveaux services requièrent pour leur réussite l'établissement de partenariats interorganismes efficaces et bien acceptés.

Les différentes illustrations au cours de cet atelier des nouveaux services développés dans la Sécurité sociale depuis une dizaine d'années témoignent du fait qu'à l'instar des grands services publics européens, l'institution rattrape aujourd'hui son retard dans le développement des NTIC, avec à la clé une satisfaction réelle des usagers et une amélioration sensible de la qualité du service rendu. C'est une belle illustration de la modernisation en cours de la Sécurité sociale.

Atelier 4 Droits et responsabilités des usagers

Président : Gilles HUTEAU, *directeur de la CPAM de l'Allier*

Intervenants

Émilie MARTINEZ, *chargée de mission à la direction de la protection sociale du MEDEF remplaçant Véronique CAZALS, directrice de la commission protection sociale du MEDEF*

Xavier PRÉTOT, *inspecteur général de l'administration, professeur associé à l'Université Panthéon-Assas (Paris II)*

Maxime BAFFERT, *inspecteur à l'Inspection générale des finances*

Hervé ROSE, *collaborateur du Médiateur de la République en charge des questions sociales*

Thomas SANNIÉ, *vice-président de l'association française des hémophiles*

Olivier SELMATI, *directeur de projet à la direction de la Sécurité sociale (DSS)*

Philippe CUVILLIER, *directeur de la CAF de Douai*

Gérard GILMANT, *directeur de l'URSSAF de Rouen*

Rapporteurs

Jean-Benoît DUJOL, *DSS*

Michel CROUSILLAT, *élève de la 45^{ème} promotion de l'EN3S*

Les problématiques de l'atelier

Gilles HUTEAU

Parler des droits et des responsabilités des usagers de la Sécurité sociale revient à consacrer des développements à la fois aux assurés sociaux, aux allocataires et aux cotisants. Même s'ils sont à envisager sous des facettes distinctes au regard des prestations sociales et des efforts contributifs, ce sont toujours des personnes physiques. Ils détiennent, en vertu de l'organisation de la Sécurité sociale fondée sur la solidarité, des droits et des responsabilités qui transgressent les clivages entre les législations d'assurance maladie, d'assurance vieillesse ou encore du recouvrement ou de la compensation des charges de famille. Cette approche transversale est celle à privilégier dans le cadre de cet atelier, sans que soit pour autant écartée la possibilité de recourir à des illustrations propres à chacune des branches de la Sécurité sociale.

Par ailleurs, le thème de cet atelier invite à retenir une conception globale de la matière. Traiter des seuls droits de l'utilisateur aboutirait à se conformer à une vision restrictive, car ce serait oublier qu'il n'existe pas de droit sans obligation corrélatrice. Le droit oscille en permanence entre la liberté et la sécurité, entre les droits et les obligations : le mouvement actuel en droit de la Sécurité sociale met l'accent sur les devoirs et les responsabilités des usagers. En témoignent les initiatives en vue de rendre plus effective la responsabilité pénale des auteurs de fraudes. De même, en contrepartie de la liberté dont ils disposent, les usagers du système de santé et d'assurance maladie sont incités à une responsabilisation entendue non seulement au sens juridique de la responsabilité mais aussi dans une acception extensive, ce qui passe inéluctablement par l'instauration de devoirs à la charge des personnes protégées. Peut-être est-il d'ailleurs utile de rappeler que la première responsabilité des usagers est... de ne pas abuser de leurs droits ! Seuls sont naturellement concernés les droits et les obligations autonomes des usagers (par ex. droit à l'information, obligation de cotiser...), à distinguer des formalités de procédure imposées pour l'ouverture des droits à prestations dans la mesure où elles ne sont qu'une condition d'exercice de leurs droits.

Dès 1945, la nécessité de responsabiliser les usagers de la Sécurité sociale a été posée et, en la matière, le retour à une plus grande fermeté prônée par la loi du 13 août 2004, ne constitue pas une véritable innovation, mais plutôt une réponse à une altération des valeurs fondatrices de la Sécurité sociale. Cependant, responsabilisation n'est pas synonyme de culpabilisation : chaque individu doit pouvoir être un usager actif et non pas passif vis-à-vis du système, à la condition de disposer d'un droit effectif à l'information et d'être en mesure d'effectuer des choix comme le permettent les récentes lois sur l'assurance vieillesse et l'assurance maladie.

Lorsque l'on parle de responsabilité de l'usager de la Sécurité sociale, on peut être tenté d'assimiler le terme de responsabilisation au concept juridique de responsabilité. Or, les deux termes, nés d'une même étymologie, ne sont pas entièrement synonymes. En effet, si la responsabilité est mise en jeu automatiquement en cas de non-respect de la règle de droit, la responsabilisation, elle, ne se décrète pas mais nécessite une acceptation des individus. Toutefois, elles présentent un trait commun, à savoir que la responsabilité *stricto sensu* et la responsabilisation des usagers de la sécurité sociale ne deviennent effectives, à l'instar de leurs différents droits, que par le biais de l'intervention des organismes de Sécurité sociale.

Après avoir présenté le contexte dans lequel se situent les droits et les responsabilités des usagers de la Sécurité sociale, il convient d'envisager plus précisément, dans le cadre des deux tables rondes de cet atelier, plusieurs illustrations significatives de ces droits et responsabilités en mettant l'accent sur ceux et celles qui soulèvent pour les institutions de Sécurité sociale les enjeux et les défis les plus marquants en cette année 2007.

L'atelier est organisé sur la base de deux tables rondes :

- droits et responsabilités des usagers de la Sécurité sociale : quels enjeux pour les institutions gestionnaires ?
- droits et responsabilités des usagers de la Sécurité sociale : quels défis pour les institutions gestionnaires ?

Table ronde n°1 : Droits et responsabilités des usagers de la Sécurité sociale : quels enjeux pour les institutions gestionnaires ?

Xavier PRÉTOT

On assiste aujourd'hui à l'emprise croissante du droit sur la gestion des services publics et de la Sécurité sociale. Le phénomène peut être observé à deux niveaux :

- Premièrement, on assiste au développement du « processualisme ». Les textes les plus récents subordonnent l'intervention des décisions des organismes au respect de nombreuses règles de forme et de procédure. On mentionnera le renforcement des garanties du redevable des cotisations dans ses relations avec l'URSSAF, l'encadrement croissant de l'exercice du pouvoir de sanction ou, dans un registre plus anecdotique, l'obligation pour l'administration découlant de la loi du 12 avril 2000 de mentionner les nom, prénom et qualité du signataire sur chacune de ses décisions (disposition que le Conseil d'État applique au pied de la lettre en réputant illégale la décision qui y contrevient).
- Deuxièmement, le respect de la garantie des libertés et droits fondamentaux prend une importance de plus en plus grande. En quelques années, les obstacles, qui persistaient dans notre législation à l'accès aux prestations des étrangers ou à l'égalité des droits aux prestations entre les hommes et les femmes, se sont effacés. On mentionnera également l'encadrement de plus en plus strict des lois de validation qui permettaient de limiter les effets, voire d'annihiler les décisions de justice.

Ce phénomène revêt également un aspect qualitatif et intéresse les sources du droit.

Tout d'abord, on doit souligner la part croissante des sources internationales et européennes dans le domaine de la garantie des droits fondamentaux (c'est sur le fondement de la Convention européenne des droits de l'homme que les juridictions ont pu ainsi écarter les discriminations au détriment des étrangers ou les discriminations entre les sexes), du développement des garanties procédurales (on connaît la fortune de l'article 6 de la Convention européenne) ou de l'incidence du droit économique européen sur l'aménagement des systèmes de Sécurité sociale (application de la libre prestation de services aux professionnels de santé ou mise en cause du monopole de la Sécurité sociale au regard des règles de concurrence). Cette évolution est d'importance, d'autant plus que les sources internationales et européennes l'emportent sur les sources internes et conduisent ainsi le juge à écarter les lois et règlements contraires aux normes internationales et européennes.

Ensuite, l'évolution touche également à la substance des normes. Le droit international et le droit européen tirent pour une grande part leur inspiration des conceptions anglo-saxonnes du droit qui confèrent une priorité à l'économie, au contrat ou au juge, contrairement à notre tradition juridique qui fait du droit l'expression de la souveraineté nationale (légicentrisme). De même, les juridictions européennes tendent vers une conception concrète des principes et règles juridiques, là où le droit français reposait, de longue date, sur une vision abstraite. La différence d'approche est particulièrement nette en ce qui concerne le principe d'égalité. La notion d'égalité de traitement retenue par les juridictions européennes (par exemple entre travailleurs de l'un et l'autre sexe) ne se situe pas sur le même plan que le principe d'égalité formulé, en France, par le Conseil d'État et par le Conseil constitutionnel.

On constate également l'émergence de la notion de droit opposable.

La publication récente de la loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable traduit une évolution d'importance dans notre droit social. Traditionnellement, notre droit reposait, en effet, sur des droits sociaux fondamentaux (le droit à la santé, le droit à des moyens convenables d'existence ou le droit à l'éducation) érigés en « droits-créances » sur la société. Toutefois, la proclamation de ces droits demeurerait pour l'essentiel d'ordre politique et symbolique. Ces droits ne pouvaient recevoir d'application concrète en raison de leur caractère purement « programmatique ». Ils ne prenaient de consistance et ne pouvaient ainsi être revendiqués devant les tribunaux qu'une fois le législateur intervenu pour en préciser le contenu effectif. La loi du 5 mars 2007 s'inscrit dans une perspective nouvelle. Elle ne se borne pas à proclamer solennellement le droit au logement. Si elle n'organise pas précisément les conditions d'exercice de ce droit en instituant des prestations ou des politiques du logement, elle confère cependant, plus radicalement, aux personnes qui ne parviennent pas à se loger décemment le droit de demander à l'autorité publique et, à défaut au juge, de leur procurer un tel logement, dans les conditions qu'il appartiendra de définir, concrètement, soit à l'autorité, soit au juge.

La notion de droit opposable n'est pas dépourvue d'ambiguïté.

D'un côté, elle donne naissance, et on doit s'en féliciter, à une conception concrète, dynamique, du droit au logement, qui ouvre la faculté aux personnes sans logement d'obtenir un logement dès lors qu'elles sont, dans les faits, dans l'impossibilité d'y parvenir par leurs propres moyens. Cette conception fait donc peser sur la collectivité, par voie de conséquence, une obligation de résultat qui ne se satisfait pas de la seule application de textes qui instituent des prestations, fixent des barèmes ou énoncent des conditions.

De l'autre, elle dispense, d'une certaine manière, la collectivité de tout effort soutenu en matière de logement pour autant qu'elle parvienne à fournir un logement à ceux qui, n'en ayant pas, lui en font la demande dans les conditions fixées par la loi. En conséquence, la collectivité n'est pas tenue de développer une véritable politique du logement et de l'habitat.

En somme, sous une apparence révolutionnaire, c'est une conception libérale des droits sociaux que traduit la notion de droit opposable, et l'on ne s'étonnera pas qu'elle trouve sa source, pour partie, dans la pensée des « libertariens » américains.

Hervé ROSE

Je crois que c'est parce que le Médiateur de la République peut être le réceptacle des problèmes posés aux usagers que vous m'avez demandé d'être présent aujourd'hui. Mon intervention se fera donc sous l'angle de la vision individuelle du Médiateur. L'action du Médiateur est aujourd'hui le dernier filet de sécurité pour certains usagers. Il intervient soit en l'absence de droit, soit lorsque le droit pose un problème d'application.

Tout d'abord, quels sont les problèmes majeurs en matière de mise en œuvre des droits et des responsabilités des usagers ?

Toutes les branches de la Sécurité sociale ont développé depuis la mise en œuvre des COG une recherche d'efficacité et d'efficience, d'économies d'échelle conduisant à la standardisation des produits sur tout le territoire et passant par une industrialisation des productions et une spécialisation des personnels.

Le développement de « lignes de production type » centre l'organisation sur un « produit type » souvent très encadré dans une procédure qualité aussi précise que rigide. Parfois, les bénéficiaires peuvent même être définis par les produits (les CMU, les AAH...). Il en résulte que l'étanchéité qui existe entre les lignes de production rend l'approche globale du problème client plus compliquée à gérer.

En ce qui concerne la spécialisation des personnels, les organisations poussant à la performance conduisent en général à une spécialisation des techniciens autour des produits. La gestion par « pôles produits » renforce encore cette spécialisation. Il peut en résulter que le manque de polyvalence ne permet pas de prévoir une solution globale au problème du client « compliqué » et encore moins d'imaginer la liaison avec les autres branches.

Cette évolution a des conséquences sur la communication en la centrant sur le client type. Cette communication conduit à marginaliser les publics qui sortent du cadre prédéfini. L'approche client est souvent liée à une ligne de communication, vers ce que l'organisme ou la branche a défini par typologie de client, comme le service attendu du client type.

Les enquêtes de satisfaction sont d'ailleurs toujours excellentes parce que les questions posées portent sur la réponse « service rendu », toujours bon en principe, pour le « client type » que justement on interroge.

Pour illustrer cette problématique, on peut décrire le processus de gestion d'un client téléphonique. La recherche de rentabilité et l'idée que l'important pour le client téléphonique est d'avoir vite un interlocuteur (décroché en 3 sonneries) vite une réponse (réponse « renseignement » en 30 secondes, réponse « dossier » en 3 minutes au maximum) ont poussé au développement quasi général de « plates-formes » téléphoniques payantes et surtaxées pour la plupart (notamment pour les appels depuis un mobile) où les techniciens sont plus formés à la relation téléphonique qu'aux droits sociaux et sont assistés par des didacticiels informatisés. Le client, dont la demande est complexe ou multiple, est donc traité souvent partiellement et le non-dit de sa demande rarement appréhendé. Les cas les plus complexes sont renvoyés vers un « niveau 2 » supposant un rappel par le service de liquidation... qui lui n'est plus formé du tout à l'accueil téléphonique. Il est spécialisé et ressent cette tâche comme un frein à la production (temps passé) ; il protège donc d'abord son système de production.

Plus récemment, les durcissements des filtres anti-fraude ou les actions de « responsabilisation » des assurés ont également produit des exclusions à l'égard de certains publics

Regardons maintenant quels sont les problèmes majeurs en matière de mise en œuvre des droits et responsabilités des usagers ?

L'usager a une attitude variable au regard de ses droits (attentes ou revendications) et de ses responsabilités. Les usagers qui ont recours au Médiateur oscillent entre le « perdu » et le « revendicatif ».

Le « perdu », c'est celui qui n'a aucun droit, qui ne connaît pas les textes ou ne les comprend pas. Il livre tel quel son problème. À la limite, soit il est irresponsable, soit il n'ose pas faire valoir ses droits directement.

Le « revendicatif » est pour sa part sûr de son bon droit. À la rigueur, il interprète les textes en sa faveur ou utilise l'argument « j'ai cotisé, j'ai droit ».

En général, les requérants se positionnent entre ces deux extrêmes...mais, globalement, le « perdu » est toujours moins bien loti que le « revendicatif ».

Pour le Médiateur, les COG ont engendré à la marge des exclus du droit et des irresponsables en focalisant les objectifs sur la gestion.

Enfin, on peut s'interroger sur le fait de savoir si la complexification croissante des législations de Sécurité sociale a contribué à rendre le système opaque et déresponsabilisant ?

La réponse est non si on considère que le nombre de recours au Médiateur est globalement stable, que les moyens d'accès aux droits sont de plus en plus larges et ouverts et que l'on peut recourir à des conseils toujours plus nombreux.

La réponse est oui si on considère que trop d'information tue l'information, que le « cas général » ne s'applique pas dans la réalité à tous, et que l'usager ressent le besoin d'une stabilisation de la norme.

En conclusion, il est certain qu'il faut aller vers davantage de simplification et développer le droit à l'information sans exclure une certaine individualisation des droits. Le rescrit social et le droit à l'information vieillesse vont dans ce sens. Il faut également éviter de confondre assistance et assistantat et prendre garde au respect des libertés publiques. Pour les organismes de Sécurité sociale, il peut être intéressant de mener une politique proactive de prévention de l'exclusion des droits.

Thomas SANNIÉ

Le droit à l'information est-il le meilleur levier de l'exercice par les usagers de leurs droits et de leurs responsabilités et quel doit être le rôle des associations d'usagers du système de santé dans ce domaine ? Cette double question laisse entendre l'idée d'un passage d'un droit individuel vers un droit collectif.

Le collectif interassociatif sur la santé (CISS) est un collectif de 24 associations représentant les malades, les personnes handicapées, les familles et les consommateurs. Notre association est présente dans toutes les CPAM de France.

Ses principaux objectifs sont :

- l'information des usagers du système de santé,
- la formation des représentants des usagers qui siègent dans les différentes instances,
- l'observation en continu des transformations du système de santé pour obtenir des améliorations dans la prise en charge des personnes,
- la communication publique des constats et des revendications.

Aujourd'hui, la représentation des usagers a changé. Elle n'est plus l'apanage des employeurs et des salariés.

L'information doit s'adapter à un public de plus en plus diversifié : jeunes actifs, étrangers, patients en affection de longue durée (ALD), retraités, bénéficiaires CMU... Ce point est d'ailleurs pris en compte dans la COG 2006-2009 de la branche maladie dans son 3^{ème} axe de communication : « proposer des services individualisés pour certaines catégories de public ».

Cette démarche est fondamentale pour le CISS. Elle signifie maintenir et développer des accès diversifiés et accessibles (voie numérique, structures d'accueil physique accessibles, traduction, accueil téléphonique...). Les usagers doivent être au courant de leurs droits et obligations. Ces droits et obligations sont fondés par essence sur des textes et non d'hypothétiques devoirs.

L'information et la responsabilisation doivent non seulement permettre une meilleure prise en charge mais surtout faire face à une réalité, la maîtrise des dépenses de santé. En effet, dans le contexte financier actuel, la priorité de l'assurance maladie est d'accompagner les changements de comportement des assurés et des partenaires sociaux afin de les inciter à respecter les règles de prise en charge et les bonnes pratiques. Il s'agit pour tous d'utiliser notre système de protection sociale d'une manière plus efficiente.

Malheureusement, le parcours de soins coordonné et le protocole/ALD sont un parfait contre exemple de ce que je viens d'exposer. En effet, leur formalisation et leur contenu ne permettent pas un consentement éclairé du patient et une vision claire de la situation médicale pour le médecin traitant.

L'information qui doit toucher tous les acteurs (prescripteurs, financeurs, usagers) est un préalable nécessaire mais pas suffisant. Il faut également instaurer une collaboration entre tous les acteurs.

Dans ce contexte, les caisses ont intérêt à s'appuyer sur les acteurs locaux associatifs, acteurs de terrain forts et légitimes auprès du grand public. Elles doivent proposer aux associations d'usagers, aux collectifs d'être le relais de l'information mais surtout les associer à l'élaboration des actions de communication.

Il faut donner aux usagers les droits corrélatifs aux obligations individuelles qu'ils sont et seront amenés à respecter.

Le CISS est particulièrement vigilant sur les trois points suivants. :

- la qualité du système de soins,

- les actions d'information et de responsabilisation qui ne doivent pas se réduire à la régulation, elle-même ne devant pas concerner les seuls usagers,
- le respect de la confidentialité entre administratif et contrôle médical en ce qui concerne la lutte contre la fraude.

Émilie MARTINEZ

Quel est le regard des employeurs sur l'évolution des droits des cotisants et l'évolution de leurs responsabilités ? Ces droits et responsabilités sont-ils en progression ou au contraire en régression sur la période récente ? Telles sont les interrogations auxquelles nous allons essayer de répondre rapidement aujourd'hui.

S'agissant des charges sociales versées par les employeurs aux URSSAF, les sommes à considérer sont importantes et représentent près de 300 milliards d'euros par an. À ce titre, les entreprises souhaitent dans ce domaine des relations de confiance avec les URSSAF et un renforcement de la sécurité juridique des cotisants. La réglementation est perçue comme complexe et trop lourde, tout particulièrement pour les entreprises de taille réduite. Pour ces dernières, un redressement peut rapidement mettre en jeu leur survie économique. Il y a cependant des avancées significatives en ce qui concerne les droits des cotisants.

Ainsi, depuis le 1^{er} octobre 2005, il est possible de se prévaloir des circulaires et instructions ministérielles régulièrement publiées. Toutefois, le MEDEF déplore que ce principe ne soit pas étendu aux interprétations et aux lettres circulaires de l'ACOSS.

On peut également noter la mise en œuvre du rescrit social depuis le 31 décembre 2005. Néanmoins, ce dispositif est perçu comme trop complexe et trop limité dans son champ par les entreprises.

Pour terminer, un décret est en préparation sur les droits des cotisants. Il prévoit un dosage équilibré entre les pouvoirs des inspecteurs du recouvrement et ceux des cotisants ainsi que le respect du principe contradictoire et des droits de la défense. Il introduit également une nouvelle méthode de contrôle par échantillonnage et extrapolation. Enfin, le projet de décret définit les modalités de recours auprès de l'ACOSS instaurées au bénéfice de tout cotisant confronté à des interprétations contradictoires d'URSSAF relatives à plusieurs de ses établissements placés dans une même situation au regard d'un même dispositif juridique.

Gérard GILMANT

En préambule à mon intervention et à la suite de l'intervention précédente, je tiens à préciser que les premières garanties offertes aux cotisants ne remontent pas seulement à l'année 2005. Ainsi, les apports de la commission Thomas qui a publié un rapport dès 1987 ont déjà largement contribué à améliorer la relation URSSAF-usagers. Je veux souligner aussi que les cotisations versées par les entreprises sont patronales et salariales et que la part de ces dernières est dominante dans le cas où il y a allègements des cotisations patronales. On comprendra, dès lors, la vigilance des URSSAF s'agissant de salaires différés.

Le taux de recouvrement par les URSSAF est aujourd'hui supérieur à 99 % ce qui ne signifie pas pour autant qu'il n'existe plus de marges de progression puisque les meilleures URSSAF sont à plus de 99,5 %.

Si la nouvelle formule du rescrit social peut être comprise comme un droit protecteur de l'utilisateur, il n'en demeure pas moins que depuis sa mise en place, il y a eu peu de demandes : en moyenne seulement une à deux demandes par URSSAF.

Il ne faut pas croire que les URSSAF soient focalisées sur les sanctions. Si la méthode de l'échantillonnage permettra de contrôler plus souvent mais aussi moins longtemps, elle donnera aussi la possibilité d'apporter davantage d'assistance et de conseil aux entreprises. On passera d'un conseil préventif peu utilisé à ce jour à un dispositif axé sur l'idée de diagnostic.

Il faut en effet relever que les enquêtes auprès des entreprises contrôlées laissent apparaître qu'elles perçoivent également les contrôles comme une assistance utile face à la complexité de la législation. D'ailleurs, un certain nombre de contrôles donnent lieu à des versements au profit de l'entreprise.

Plus généralement, il est important de souligner que l'incitation de l'utilisateur à un comportement responsable n'est pas suffisante en soi. Il est nécessaire de lutter de façon volontariste contre les fraudes aux cotisations et contre le travail dissimulé non seulement en raison des enjeux financiers, mais surtout parce que cela remet en cause le principe de solidarité et que cela engendre des distorsions de concurrence.

Les cotisations, hormis le cas du RMI, financent encore des droits au bénéfice des salariés. Toutefois, la fraude qui repose sur une complicité entre le salarié et l'entreprise est aussi une réalité. Les salariés ont tendance à s'engager sur la voie de la fraude lorsque leurs droits ne sont plus en corrélation avec leurs cotisations ou qu'ils préfèrent les avantages immédiats à un droit lointain (exemples les retraites).

Pour conclure, je souhaite exprimer le fait qu'il faut savoir oser parler de la fraude dans les organismes sociaux prestataires et qu'il faut désormais qu'ils luttent activement contre ces mêmes fraudes, car le respect des règles en matière de recouvrement social par les cotisants sera d'autant plus grand qu'ils auront la certitude que les prestations sont versées à ceux qui ont des droits reconnus et vérifiés, et seulement à ceux là.

Table ronde n°2 : Droits et responsabilités des usagers de la Sécurité sociale : quels défis pour les institutions gestionnaires ?

Maxime BAFFERT

Le conseil des prélèvements obligatoires, qui a succédé au conseil des impôts, vient de remettre son premier rapport au Président de la République et aux présidents de l'Assemblée nationale et du Sénat. Il traite de la fraude aux prélèvements et de son contrôle, c'est-à-dire de la fraude fiscale et de la fraude aux cotisations sociales, ce qui correspond bien à son nouveau champ de compétence. En revanche, il n'étudie pas la fraude aux prestations sociales qui se situe en dehors de ce champ.

La fraude fiscale et sociale est un sujet sensible en raison d'un sentiment malheureusement assez répandu selon lequel ce type de fraude serait d'une nature particulière qui la rendrait tolérable et même acceptable. Pourtant, la fraude diminue les possibilités de financement des services publics et de la protection sociale et met en cause la solidarité nationale. De plus, elle produit des distorsions de concurrence entre les entreprises au détriment de celles qui sont les plus respectueuses de leurs obligations. La fraude n'est donc pas un phénomène bénin et sa répression constitue un enjeu fondamental.

Le montant des fraudes serait compris entre 29 et 40 milliards d'euros chaque année, niveau équivalent à celui de pays comparables. Cette estimation reste approximative, certaines cotisations n'étant pas vérifiées (assurance chômage ou retraite complémentaire, par exemple, dont les régimes ne disposent pas de corps d'inspection). La fraude au sens strict du terme, c'est-à-dire le fait pour un redevable de contourner intentionnellement la loi pour ne pas payer les prélèvements dus, ne constitue qu'une partie de ce montant. Cette évaluation constitue sans doute une fourchette basse. Elle doit être interprétée avec beaucoup de prudence et de précaution. En particulier, ce chiffre ne permet pas de penser qu'il y aurait un véritable gisement de recettes potentielles pour les pouvoirs publics, susceptibles de couvrir le déficit budgétaire, et n'apparaît pas différent de celui rencontré dans d'autres pays de l'OCDE, bien au contraire. D'ailleurs, bien que le risque d'être contrôlé soit faible, la tendance est plutôt de s'acquitter régulièrement des sommes dues. Il existe donc un civisme spontané.

Les trois formes de fraude qui apparaissent aujourd'hui comme les plus préoccupantes posent davantage de problèmes de méthodes que de moyens de contrôle. Ces formes de fraude sont le travail dissimulé, la fraude à caractère international et l'utilisation des technologies de communication.

Le rapport insiste tout particulièrement sur l'importance de lutter contre le travail dissimulé qui touche principalement les activités de services utilisatrices de main-d'œuvre et qui est insuffisamment sanctionné. S'agissant de l'aspect international, il évoque bien entendu la fraude dite « carrousel » à la TVA qui s'est largement développée dans plusieurs grands pays d'Europe, sans doute davantage que dans notre pays, même si celui-ci n'a pas été épargné. Le rapport souligne aussi que les nouvelles technologies peuvent favoriser la fraude en rendant son contrôle difficile, si ce n'est impossible.

À partir de ces constats, le conseil étudie la pertinence des moyens de contrôle mis en œuvre pour y faire face. Il souligne que les administrations ont toujours maintenu un bon niveau de contrôle, particulièrement lorsque les enjeux budgétaires sont importants. Cela est moins vrai dans le cas contraire, au risque de faire perdre à l'action de contrôle une part de son caractère dissuasif. Le conseil considère aussi que le choix fait par les administrations de pratiquer des contrôles longs et exhaustifs ne favorise pas leur réactivité alors qu'elle est essentielle pour combattre les fraudes les plus graves comme le travail dissimulé ou l'organisation de « carrousels » de TVA. Il relève aussi que la coopération entre les administrations de contrôle européennes est insuffisante et reste largement à développer. Enfin, le conseil constate que les sanctions ne sont pas toujours suffisamment dissuasives, notamment en ce qui concerne la fraude aux cotisations sociales.

Le conseil des prélèvements obligatoires considère qu'il n'est pas nécessaire de bouleverser l'organisation actuelle du contrôle en France mais qu'il faut continuer à l'adapter aux aspects les plus préoccupants de la fraude et de l'irrégularité. Le rapport propose 27 mesures susceptibles d'améliorer la situation actuelle. Elles consistent à prévenir les irrégularités, à développer les moyens de lutte contre le travail dissimulé, à renforcer la présence des administrations de contrôle, à améliorer le caractère dissuasif des sanctions, et enfin à renforcer la coopération européenne.

Le rapport insiste sur la nécessité de réponses diversifiées à la fraude et souligne la nécessité d'une bonne prévention comme préalable aux sanctions. Il faut tout faire pour prévenir les irrégularités. Il faut simplifier la réglementation et mieux assurer la sécurité juridique des redevables. Mais il faut aussi disposer des moyens de réprimer. Aussi, est-il proposé de renforcer les sanctions concernant le travail dissimulé en prévoyant de responsabiliser davantage les donneurs d'ordres. Par ailleurs, il est proposé de mettre en place de véritables pénalités en matière de fraude sociale et de sensibiliser les magistrats judiciaires aux enjeux de la fraude. Les conditions de contrôle pourraient être améliorées en développant les interconnexions des fichiers, en facilitant les contrôles sur pièces dans les URSSAF et en créant les conditions d'une meilleure utilisation réciproque des informations obtenues dans le cadre des contrôles fiscaux et sociaux. Le conseil préconise aussi une réelle coopération au plan européen puisque, comme le souligne la Commission européenne, les États « sont de moins en moins capables de combattre la fraude fiscale de façon isolée ». La coopération est une nécessité qui ne dépend pas que de nous. Cela n'empêche pas d'agir dans cette direction.

Olivier SELMATI

Cet atelier du Forum COG dont le thème est consacré aux « Droits et responsabilités des usagers » est l'occasion d'évoquer les moyens dont disposent les organismes de Sécurité sociale pour lutter contre les fraudes commises par l'ensemble des acteurs du système de protection sociale. La politique de lutte contre les fraudes est un objectif financier, politique et de gestion.

Nous le savons tous, les fraudes ne sont le fait que d'une minorité de personnes et une politique de lutte contre la fraude ne peut apporter, à elle seule, une réponse aux défis financiers, démographiques et sociaux auxquels notre système de protection sociale est confronté. La fraude n'en constitue pas moins une réalité qu'il ne faut pas nier. Ainsi, avec un budget de 400 milliards d'euros de recettes et un montant identique de prestations à servir, une lutte contre la fraude qui aboutirait à détecter ne serait-ce que 0,1 % du montant total des prestations de Sécurité sociale servies permettrait d'engranger des économies de l'ordre de 120 M€.

Au-delà de cet aspect financier, la lutte contre la fraude est une exigence d'ordre politique. La solidarité qui fonde notre système de protection sociale a pour corollaire la responsabilité de tous. Dès lors, le fait que par des manœuvres frauduleuses, une personne perçoive une prestation sociale, exerce une activité professionnelle non déclarée, que des cotisations ne soient pas versées ou qu'un professionnel de santé facture à des assurés ou à l'assurance maladie des actes qui n'ont pas été réalisés, n'est pas accepté par nos concitoyens. Nos concitoyens voient dans ces agissements une atteinte au principe de solidarité de notre système auquel ils sont très attachés. Il y a alors le risque d'un rejet, notamment de dispositifs comme la CMU ou le RMI. Il est donc indispensable que des moyens soient mis en œuvre pour détecter et réprimer ces comportements. Par ailleurs, la lutte contre le versement de prestations indues ou la dissimulation de recettes constitue un enjeu de gestion et de performance pour les organismes de Sécurité sociale. Le contrôle et la lutte contre la fraude font l'objet d'un point particulier dans chacune des conventions d'objectifs et de gestion et sont donc au cœur du thème de ce Forum COG « Performance et Solidarité ».

Pour renforcer l'efficacité de la lutte contre la fraude, les pouvoirs publics ont décidé de créer récemment un Comité national de lutte contre les fraudes en matière de protection sociale dont la composition et le fonctionnement sont définies à l'article D.114-6 du code de la Sécurité sociale. Présidé par M. Bernard CIEUTAT, président de chambre à la Cour des comptes, ce Comité a pour objet de rassembler l'ensemble des acteurs (organismes de sécurité sociale, organismes de protection sociale et administration d'État) afin de lutter efficacement contre la fraude sociale.

Illustrant cet objectif de concilier « Performance et Solidarité », le Comité national de lutte contre la fraude a souhaité inscrire à son programme de travail, au titre de l'une de ses 10 actions prioritaires, la lutte contre la fraude à la désaffiliation aux régimes obligatoires de Sécurité sociale. Si l'enjeu financier peut sembler minime, l'enjeu politique est en revanche très fort. En conséquence, le Parlement a adopté lors de la dernière loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2007 de nouvelles sanctions contre toute personne qui incite les assurés sociaux à ne plus s'affilier à un organisme de Sécurité sociale ou à régler leurs cotisations. Ces sanctions, applicables depuis le 1^{er} janvier 2007, comprennent une peine de 6 mois de prison et/ou une amende de 7 500 € à 15 000 €. Il est donc important que les organismes de protection sociale, pour ce qui les concerne ou dans le cadre de ce Comité, agissent pour détecter cette fraude et engager autant que de besoin ces procédures de sanction.

Le Comité national de lutte contre la fraude en matière de protection sociale a arrêté son programme de travail pour 2007. Il demande aux organismes de Sécurité sociale de poursuivre deux objectifs prioritaires.

En premier lieu, le développement de la coopération : les organismes de Sécurité sociale doivent mieux travailler ensemble autour des trois orientations suivantes :

- mieux évaluer quantitativement et qualitativement la fraude pour mieux la détecter,
- développer les partenariats et les échanges d'informations entre organismes pour une plus grande efficacité dans la lutte contre la fraude (pour faciliter ces échanges, l'article L114-12, résultant de l'adoption d'un amendement parlementaire dans le cadre du PLFSS 2007, a créé un répertoire commun des assurés sociaux),
- développer la coopération internationale car les fraudeurs savent tirer tous les avantages de la suppression des frontières et des allègements des procédures (en revanche, les administrations et les organismes de Sécurité sociale restent toujours cantonnés dans les limites du territoire national).

En second lieu, ils doivent s'attacher à lutter prioritairement contre les catégories de fraudes suivantes :

- fraudes à la condition de stabilité de résidence,
- fraudes à la régularité de séjour,
- fraudes à la condition de ressources,

- fraudes documentaire et à la constitution d'entreprises fictives,
- fraudes aux prélèvements sociaux et travail dissimulé,
- fraudes à l'assurance maladie commises par les professionnels de santé.

La LFSS 2007 a prévu diverses mesures qui donnent des moyens supplémentaires aux organismes de Sécurité sociale pour lutter contre ces fraudes (à titre d'exemple : l'évaluation des ressources au regard des éléments de train de vie à la demande de la branche famille).

Philippe CUVILLIER

Il est clair que les assurés sociaux connaissent mal leurs droits et obligations. En ce qui concerne les pratiques frauduleuses, 75 % résultent d'erreurs, d'omissions ou de retard dans la déclaration des revenus. 25 % des fraudes seulement proviennent de fausses déclarations qui portent majoritairement sur les minima sociaux dont les prestations liées à l'isolement comme l'allocation parent isolé (API).

La fraude résulte d'un élément intentionnel : faux et/ou usage de faux, récidive ou encore fausse déclaration. Il est regrettable sur ce point que nos plaintes au pénal ne trouvent pas toujours une suite malgré nos efforts auprès des parquets.

En ce qui concerne l'information, il faut adapter le langage et la terminologie au public. Ainsi, pour illustrer mon propos en matière d'isolement, il convient de s'interroger sur le sens de l'expression « communauté d'adresse et d'intérêt » pour les usagers vivant maritalement. Il semble nécessaire également d'utiliser tous les canaux de communication disponibles. Nous utilisons pour notre part un magazine, des bornes interactives, des serveurs vocaux, des points d'informations famille itinérants (bus), et Internet qui est aujourd'hui souvent présent même chez nos allocataires en situation de précarité.

Il faut tendre vers une politique proactive en ce qui concerne la fraude en sensibilisant les usagers, en faisant notamment appel à leur sens moral et à leur responsabilité sociale.

Enfin la possibilité de croisement des fichiers rendra la lutte contre la fraude plus efficace, sous réserve naturellement de l'accord de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Gilles HUTEAU

Aujourd'hui les caisses d'assurance maladie sont amenées à appréhender selon une vision renouvelée les droits et les responsabilités des usagers de la Sécurité sociale, à la faveur du contexte constitutionnel posé par la loi du 13 août 2004. Ainsi la reconnaissance du droit à l'information des assurés sociaux appelle de la part des caisses une politique de communication plus ambitieuse comme l'illustrent les actions entreprises sur la période récente conformément aux orientations de la COG, telle la mise en place de l'outil Info Soins. Mais l'innovation majeure de la réforme de l'assurance maladie est ailleurs. Si jusqu'à une époque récente, les caisses avaient surtout le souci de garantir les droits des assurés sociaux, leur priorité est désormais double, puisqu'elles doivent également promouvoir avec une force accrue la responsabilité et la responsabilisation des usagers dans le cadre de leur politique de gestion du risque.

Une illustration marquante de cette nouvelle orientation politique de l'assurance maladie réside dans l'impulsion forte donnée par la CNAMTS à la lutte contre les fraudes aux prestations, laquelle peut naturellement déboucher sur la mise en jeu de la responsabilité pénale des assurés sociaux, en dehors de celle des professionnels de santé. L'investissement des caisses dans cette démarche a longtemps été freiné par le sentiment selon lequel il y aurait une contradiction, du reste plus ressentie que réelle, entre la notion de socialisation des risques et celle de répression pénale. Même si l'objectif de responsabiliser l'assuré social sans rompre le lien social demeure, cette réticence à actionner la responsabilité pénale apparaît désormais d'autant moins fondée que le droit pénal prévoit pour les auteurs de « petites » fraudes des procédures mieux appropriées (par exemple, la composition pénale ou la comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité), que les procédures traditionnelles davantage applicables aux fraudes organisées, lesquelles sont d'une ampleur souvent inquiétante.

Il n'en demeure pas moins que la préoccupation majeure de la politique de l'assurance maladie conduit certes les caisses à utiliser le levier de la responsabilité juridique mais aussi, plus fondamentalement, à inciter les assurés sociaux à adopter un comportement responsable comme consommateurs de soins et de biens de santé. De ce point de vue, la loi du 13 août 2004 révèle une profonde mutation de l'assurance maladie puisqu'elle est en rupture avec la conception traditionnelle de la responsabilité financière des assurés sociaux, laquelle s'applique à eux de manière uniforme au travers du ticket modérateur. Cette fois, les assurés sociaux sont invités à devenir des usagers actifs et non plus passifs du système de santé et d'assurance maladie, par le biais de nouvelles modulations de leurs participations financières corrélées à leurs choix comportementaux en matière d'accès aux soins.

En particulier, la réforme actuellement engagée introduit deux nouveaux dispositifs dans ce sens. Le parcours de soins coordonné dont le médecin traitant est la pierre angulaire en constitue la réalisation la plus marquante et concerne maintenant 90 % des assurés sociaux et ayants droit de plus de 16 ans. Sans conteste, il faut regretter que les règles de modulation financière applicables en la matière ne soient pas aisément lisibles ou compréhensibles vues de l'assuré social, ce qui pourrait laisser croire que le parcours de soins coordonné n'est qu'un dispositif destiné à réduire les taux de remboursement des honoraires médicaux. Par ailleurs, applicables à une population bien moins étendue, en l'occurrence celle des assurés sociaux en affection de longue durée (ALD), les protocoles d'affection de longue durée sont en quelque sorte des contrats thérapeutiques qui peuvent formaliser les engagements des patients avec leur médecin traitant et le médecin-conseil pour la prise en charge de pathologies spécifiques ou chroniques : l'assuré social en ALD, désormais signataire de ce protocole, se trouve ainsi davantage impliqué dans le suivi et l'observance de son traitement.

La tentation peut être grande de considérer que le dispositif du parcours de soins coordonné s'implante difficilement parmi les titulaires de la CMU complémentaire au motif qu'ils représentent la plus grosse part des assurés sociaux n'ayant pas encore opté en sa faveur, pour la simple raison qu'ils ne doivent en supporter que les contraintes sans aucun intérêt financier en contrepartie. Pour autant, se limiter à ce constat serait non seulement sacrifier à une vision réductrice du sujet, mais aussi une vision en partie fautive puisque une majorité des 4,5 millions de bénéficiaires de la CMU complémentaire a opté pour le dispositif du médecin traitant, ce qui constitue une avancée indéniable dans la voie traditionnellement difficile de la responsabilisation de ce type de public.

En tout état de cause, il s'avère que les CMUistes et les assurés sociaux ne sont pas égaux face au choix d'adhérer ou non au parcours de soins coordonné, dans la mesure où seuls les seconds sont soumis à une contrainte financière, dont le poids varie selon les revenus des intéressés. Peut-être faudrait-il envisager d'instituer pour les premiers une contrepartie à l'avantage que représente la CMU complémentaire d'autant que l'assurance maladie de base et la CMU complémentaire sont deux types de couverture bien distincts ? Pourquoi en effet ne pas assortir le droit à la CMU complémentaire d'une sorte de mécanisme contractuel ? à l'instar du contrat d'insertion attaché à l'attribution du revenu minimum d'insertion ? Avec évidemment une question récurrente, quel type de sanction faut-il appliquer en cas de non-respect de ses engagements contractuels par l'assuré social en cause, sachant que le problème de fond est de le responsabiliser sans l'exclure de l'accès aux soins ?

Cette série d'interrogations suffit à souligner les limites de la seule responsabilité financière. L'incitation des usagers à adopter un comportement responsable à même de leur permettre de mieux gérer leur capital santé suppose de surcroît de nourrir une ambition plus large pour le parcours de soins coordonné. L'adhésion à ce dispositif ne saurait être motivée par le souci exclusif d'une meilleure prise en charge des dépenses de santé. Or, tel est pourtant le plus souvent le cas aujourd'hui en l'absence d'une autre valeur ajoutée suffisamment lisible pour les assurés sociaux, notamment en matière d'offre de services de prévention sanitaire.

C'est précisément dans ce sens que l'action des caisses d'assurance maladie commence à tendre conformément aux orientations de la COG État-CNAMTS pour la période 2006-2009. En particulier, le régime général devrait mettre en place dès 2007 en faveur des patients atteints de certaines pathologies lourdes et chroniques (par exemple, le diabète) des programmes personnalisés de prévention et d'éducation thérapeutique. De même, les caisses vont devoir promouvoir des actions de prévention vis-à-vis des publics les plus précaires et contribuer à l'augmentation du taux de bénéficiaires de la CMU ayant choisi un médecin traitant.

Je viens d'évoquer succinctement l'effort des caisses d'assurance maladie afin de développer au moyen de différents canaux la responsabilité des assurés sociaux entendue au sens large. Il s'agit naturellement d'une œuvre de longue haleine qui ne pourra produire ses pleins effets qu'à l'échéance de plusieurs années. En tout état de cause, l'enjeu de cette démarche est crucial pour l'avenir de l'assurance maladie qui, si elle parvient à articuler responsabilité financière et responsabilité de l'assuré social vis-à-vis de sa propre santé, pourrait se transformer progressivement en une véritable assurance santé.

Synthèse des échanges

Les échanges avec la salle ont permis de retenir deux axes de débat.

Complexité croissante des situations et de la législation

Les intervenants ont mis l'accent sur la complexité croissante des situations, des législations et, par voie de conséquence, des processus. Les organismes gestionnaires sont confrontés à une demande très forte d'individualisation des réponses qu'ils apportent aux usagers, au moment où les exigences de performance ont par ailleurs conduit à une standardisation massive des processus.

Nécessité de communication et d'information mais aussi de lutte contre la fraude

Dans le même temps, la complexification croissante des législations contribue à de nombreuses incompréhensions avec les usagers du système et alimente les phénomènes de fraude. Dans ce contexte, les enjeux d'information et de communication, mais aussi la lutte contre la fraude, sont déterminants pour préserver le principe de solidarité et renforcer l'efficacité de notre système de protection sociale.

Atelier 5 La mondialisation et la liberté de circulation

Président : Dominique LIBAULT, *directeur de la Sécurité sociale*

Intervenants :

Hélène MICHARD, *direction générale emploi et affaires sociales, Commission européenne*
 Françoise ROGER, *directrice des affaires juridiques du CLEISS*
 Jean-Luc IZARD, *chef de la division des affaires communautaires et internationales à la direction de la sécurité sociale*
 Hubert VALADE, *directeur de la DDASS de Seine-Saint-Denis*
 Vincent RAVOUX, *directeur général de l'URSSAF de Paris - région parisienne*
 Mohamed AZGAG, *directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de Vannes*
 Alain CHAZEAU, *directeur adjoint de la caisse primaire d'assurance maladie d'Annecy*

Rapporteurs

Jean-Paul GIACOBBI, *DSS*
 Sylvain DAVID, *élève de la 45^{ème} promotion de l'EN3S*

Les problématiques de l'atelier

Dominique LIBAULT

Les questions de mondialisation et de liberté de circulation constituent un sujet absolument fondamental pour la gestion de la Sécurité sociale bien que nous n'en ayons pas assez conscience. Les flux migratoires et l'immigration impactent directement la gestion des organismes. Ces questions rassemblent plusieurs éléments.

Tout d'abord, au sein de l'Union européenne, la libre circulation des travailleurs est une liberté fondamentale qui autorise le phénomène de détachement qui permet d'envoyer un salarié dans un autre pays membre sans payer de charges dans le pays accueillant mais en continuant de les verser dans le pays d'origine. Le problème, c'est qu'il n'existe à l'heure actuelle pas de système efficace de liaison pour s'assurer que les charges sociales sont bien payées quelque part. Cette remarque soulève la problématique de la coopération entre organismes et entre États et la question des conséquences financières qui en résultent pour les régimes de Sécurité sociale des États.

Deuxièmement, la libre circulation implique la possibilité de se faire soigner, sous certaines conditions, dans le pays de son choix, d'où des problèmes nouveaux qui seront évoqués au cours de l'atelier. Le troisième type de sujet est la relation entre les flux migratoires et l'accès aux prestations sociales de base comme en France le RMI, la CMU etc... Certaines personnes dénoncent le phénomène d'attractivité de ces prestations pour les immigrés. Est-ce une réalité ? Il s'avère dans la réalité que le phénomène est plus complexe. Par exemple, bien souvent est répandue la croyance que tout citoyen ressortissant de l'Union européenne aurait droit de percevoir les prestations sociales. En réalité, c'est faux. Concernant les inactifs, le droit communautaire prévoit que la liberté de circulation est subordonnée, à la possession d'une assurance maladie dans son pays d'origine et d'un niveau minimal de ressources.

En réalité, le système français n'est pas si universel que cela. Il s'agit d'abord de savoir si la personne dépend ou non du régime français. La question n'est pas liée non plus à la territorialité puisque, des personnes résidant en France, où elles sont détachées, ne relèvent pas du régime français tandis que, à l'inverse, des Français ou des étrangers, établis à l'étranger, peuvent percevoir des prestations nationales comme les retraites ou relèvent de notre régime d'assurance maladie en tant que pensionnés ou travailleurs détachés. Rappelons que 1,2 million de Français sont installés à l'étranger. Finalement, trois réflexions globales se dégagent de ces problématiques. Un, les règles liées à l'international sont complexes, mal connues et mal appliquées. Deux, il faut entreprendre des actions pour gérer ces situations qui ne sont pas simples. Trois, il faut repenser certaines organisations internes pour améliorer la situation comme cela a été fait avec la création d'une structure assurance-maladie à Vannes.

Il faut noter enfin qu'en matière de coopération internationale, une convention vient d'être signée avec la Corée du sud et le Japon et qu'une autre est en préparation avec l'Inde. Ce problème n'est donc pas uniquement européen.

Les interventions

Jean-Luc IZARD

Le phénomène des flux migratoires est actuellement méconnu et vraisemblablement sous-estimé.

Quelques chiffres afin de mesurer l'ampleur du phénomène. Les transferts de la France vers l'étranger se sont élevés à 4,6 milliards d'euros en 2005. Il s'agissait pour l'essentiel de prestations vieillesse. Les versements concernant les soins de santé représentent 290 M€, en augmentation de 9.8 % par rapport à 2004. En sens inverse, les soins reçus en France par des étrangers (et à la charge d'un régime étranger) représentent un montant d'environ 450 M€. S'agissant des remboursements de soins à l'étranger effectués directement par les caisses françaises, leur montant est estimé à 30 M€ par an, cette estimation étant très incertaine.

Enfin, l'aide médicale d'État (AME) elle concerne au premier chef les étrangers en situation irrégulière, soit quelque 190 000 bénéficiaires, pour un coût de 500 millions d'euros par an. Ces frais de santé augmentent de 10 % par an, ce qui constitue une dynamique importante.

L'accroissement de la mobilité internationale, la mondialisation, l'élargissement de l'UE ont, au cours des deux dernières décennies, profondément modifié l'approche de cette question

A l'origine, le dispositif de coordination des législations a été conçu dans un but de protection des travailleurs en mobilité, s'agissant en particulier des durées d'assurance.

Toutefois, on constate une évolution depuis quelques années.

- les systèmes de Sécurité sociale sont progressivement devenus un élément important de concurrence économique. On le voit dans les négociations de conventions bilatérales. La question centrale des négociations est la durée du détachement, à savoir la période pendant laquelle l'entreprise pourra envoyer un collaborateur sans payer de cotisations en France.
- de nouvelles formes de mobilité sont apparues, par exemple celle des retraités, du nord vers le sud de l'Union européenne, avec les problèmes de charge des soins de santé que cela inclut.
- la mise en concurrence des systèmes de soins s'est accrue. Les assurés sociaux ne sont plus captifs d'un système mais sont désormais des éléments et des acteurs intelligents.

Désormais, les éléments de comparaison et de séparation entre acteurs par rapport au système de protection sociale se font sur des critères multiples et intercroisés comme actifs/inactifs, étrangers réguliers ou irréguliers, citoyens communautaires ou non, convention internationale ou non avec le pays d'origine, le niveau de ressources et de formation professionnelle, etc...

Certaines thématiques peuvent poser des difficultés aux caisses françaises de Sécurité sociale :

- la distinction étrangers réguliers ou non sur le territoire français. La situation est « simple » pour les étrangers extra communautaires qui doivent fournir un titre de séjour en règle. Pour les étrangers communautaires, la situation est plus délicate car la détention d'un permis de séjour n'est plus obligatoire. C'est à l'organisme de Sécurité sociale d'apprécier la régularité du séjour, ce qui n'est pas sans poser problème : formation des personnels, appréciation de la régularité de la résidence, durée et stabilité de celle-ci, difficultés liées à l'hébergement d'un étranger par une association.
- la connaissance des revenus à l'étranger : cette situation est problématique pour l'attribution des prestations soumises à plafond de ressources. Il n'existe aucun dispositif préventif à l'intérieur de l'Union européenne. La règle de non-cumul des prestations existe, par exemple en matière d'allocations familiales mais pour qu'elle soit effective, il faudrait que la CAF ait connaissance des prestations versées à l'étranger.
- le calcul des cotisations dues en France. Les détachés peuvent percevoir en plus une rémunération à l'étranger qui n'est pas connue.
- la garantie des droits acquis à l'étranger, par exemple en matière de prestations vieillesse. La connaissance par les caisses de ces situations est difficile et aléatoire.
- la récupération de cotisations ou d'indus de prestations à l'étranger. Il faudrait que les décisions de justice françaises soient exécutoires partout à l'étranger.
- la problématique des soins de santé. Les factures étrangères à rembourser en France, dans la logique de la jurisprudence « Kohll et Decker », posent le problème des fraudes, de la traduction et de l'interprétation.
- l'organisation des soins : notre système de planification conçu dans un cadre national peut se trouver déstabilisé par des mouvements transfrontaliers.
- le détachement des travailleurs soulève la question de la gestion de la mobilité des cadres des grands groupes. En effet, le problème concerne le pays de destination alors que c'est le pays d'origine qui est à la source de la décision de détacher.

Des premiers éléments de réponse à ces questions ont été apportés récemment :

- par des mesures de clarification du droit : art. 130 PLFSS 2007 excluant de la CMU et des PF les détachés et les membres de leur famille ; art. 9 du projet de loi de cohésion sociale prévoyant la même exclusion pour les ressortissants communautaires en recherche d'emploi en France ; art. 131 du PLFSS précité faisant obligation de rendre sa carte vitale en cas d'expatriation ou d'extinction de ses droits ;
- par des mesures de rationalisation de la gestion des situations transnationales : création du centre national de traitement des dossiers de soins à l'étranger - CNSE (CPAM de Vannes) ; centralisation, par l'URSSAF de Strasbourg, du recouvrement des cotisations des employeurs n'ayant pas été établis à l'étranger ; constitution au CLEISS d'une base de données sur les détachements ainsi que d'une base documentaire sur les documents fiscaux délivrés dans les pays étrangers ;
- au plan international, par le développement de la coopération bilatérale et multilatérale : négociation d'accords bilatéraux de coopération et d'entraide administrative portant sur l'exequatur et la formalisation des échanges d'information.

Hubert VALADE

Les problématiques liées à la libre circulation et à l'immigration sont particulièrement présentes sur le territoire de la Seine-Saint-Denis dont la population comprend 500 000 étrangers, 1 million de Français, dont la moitié d'origine étrangère, et un nombre de personnes en situation irrégulière estimé à 200 000.

Ces problématiques recouvrent :

- celle des questions de santé publique avec des maladies graves « importées » notamment la tuberculose dont 500 cas sont déclarés annuellement ; le taux de vaccination chez les populations concernées ne dépassant pas 10% ;
- au-delà, celle de l'hébergement : dans le 93, 200 à 300 clandestins doivent être hébergés chaque jour ; Il faut organiser l'accueil des rejoignants légaux, environ 5000 par an dans ce département, avec les visites médicales et le plan d'accueil ;
- le regroupement familial peut poser certains problèmes spécifiques comme la vaccination des enfants qui arrivent déjà adolescents et l'insertion dans un parcours de soins.
- il y a également le problème des étrangers malades qui peuvent être inexpulsables en raison de leur situation sanitaire. 7 médecins sont chargés de gérer 6 000 dossiers par an à la DDASS

Les clandestins peuvent bénéficier de l'AME qui concerne 29 000 bénéficiaires en Seine-Saint-Denis. Toutefois, l'évolution de la législation pose des interrogations, notamment concernant les ressortissants de la Bulgarie et de la Roumanie dont les pays viennent de rejoindre l'Union européenne. Les Roumains représentent 13 % des bénéficiaires de l'AME. Désormais, ils ne sont plus clandestins car citoyens communautaires mais dans le même temps, ils n'ont pas le droit aux prestations sociales type RMI pas plus qu'à la CMU.

Mohamed AZGAG

Le directeur de la CPAM de Vannes présente le centre national de remboursement des soins dispensés à l'étranger (CNSE), basé à Vannes, qui est un exemple concret des structures qui peuvent être mises en place pour répondre aux nouvelles problématiques.

En 2005, cette catégorie d'actes représentait environ 34 millions d'euros correspondant à 390 000 actes. Le délai moyen de remboursement a été de 32,5 jours. Le taux de fraude était de 0,03 % ou 308 000 euros. Cette activité représente environ 115 ETP dans les 128 CPAM. Le remboursement des soins effectués à l'étranger comporte de nombreux risques. La législation est complexe et son application locale rendue difficile. Il n'y a pas de visibilité sur ces remboursements, qu'il s'agisse de la réalité des actes, de leur nature ou des circonstances dans lesquelles ils ont été réalisés. C'est pourquoi, le fait de créer une structure commune était nécessaire.

La mise en place du CNSE a été rendue possible par la loi d'août 2004 portant réforme de l'assurance maladie qui a renforcé les exigences en matière de qualité de service et permis à un organisme centralisateur de gérer un type de prestation pour l'ensemble du réseau.

Le CNSE s'inscrit explicitement dans cette logique et a pour objectifs un remboursement le plus rapide possible et une égalité de traitement entre tous les assurés. Il s'agit bien de rassembler en un point unique une production qui restait erratique afin d'atteindre une taille critique. La montée en charge de cet organisme permet de créer un pôle de compétences, de renforcer la lutte contre les fraudes et de réduire les coûts de gestion en réduisant à 34 ETP la charge de travail. Cela permet d'expérimenter sur le terrain une modernisation du processus en alliant expertise administrative et médicale.

Le développement des expertises est une des conditions essentielles de la réussite du CNSE. Il se fait par le biais de la formation initiale et continue, une professionnalisation accrue et la connaissance des langues étrangères. Il s'agit également de lutter efficacement contre les fraudes en s'appuyant sur le réseau de l'assurance maladie et sur des partenariats avec par exemple la Caisse des Français de l'étranger ou le CLEISS. Enfin, l'expertise s'acquiert également avec la création d'un véritable contrôle interne.

D'ores et déjà, les résultats s'améliorent puisque le délai de remboursement des demandes traitées par Vannes est de 8 jours contre 32 pour celles déposées dans le reste de la branche. Le CNSE gère environ 10 % de la production nationale. En matière de fraude, il en détecte 0,29 %, taux à corrélérer avec les 0,03 % ailleurs. D'ailleurs, ce taux grimpe à 1 % pour janvier 2007, preuve d'une amélioration de l'efficacité, ce qui représente 2,87 % de la somme totale des dépenses contre 0,86 % pour le reste de la branche.

63 % des actes sont réalisés au sein de l'Union européenne et 37 % en dehors. Les principaux pays concernés sont l'Espagne, le Portugal, la Belgique, le Maroc et la Tunisie. Il s'agit pour l'essentiel de frais d'hospitalisation. Tous sont remboursés sur la base des tarifs français. Le service médical permet de vérifier les actes, mais se pose le problème des classifications étrangères voire de l'absence de classification.

Alain CHAZAUD

Le directeur adjoint de la CPAM d'Annecy évoque un des aspects des problématiques soulevées par l'atelier et qui concerne en particulier la région d'Annecy : le phénomène des frontaliers. Il concerne, pour la Savoie, environ 40 000 personnes qui se rendent quotidiennement en Suisse pour exercer leur activité professionnelle. Il existe un nombre important de cas résultant notamment de changement de situation, (chômage, salariat, étudiant...).

Les frontaliers ont un droit d'option entre l'assurance privée suisse, l'assurance privée française ou la CMU de base avec cotisations. Ils doivent exercer ce droit d'option dans les trois mois qui suivent leur début d'activité en Suisse.

L'accès aux soins en Suisse par des frontaliers ayant opté pour la CMU de base est limité, soit à des soins en urgence, soit à des soins programmés après avis du service du contrôle médical.

Il y a libre circulation des personnes mais pas d'accès aux soins avec prise en charge des prestations.

La situation d'option crée un problème relatif aux droits, en effet on a pu constater qu'un certain nombre de frontaliers faisaient valoir des droits au régime général (notamment avec une attestation de maintien de droit) pour ne pas cotiser en Suisse, ce qui leur permet d'obtenir des prestations sans payer de cotisations ni en France, ni en Suisse.

Plusieurs types de mesures ont été mis en place pour limiter ce genre d'abus :

- échanges d'informations avec les organismes suisses,
- coopération avec les CPAM frontalières,
- coopération entre l'URSSAF, la CAF, le DDTEFP, les ASSEDIC.

Celles-ci permettent sur la base d'échanges d'information de détecter des situations particulières qui relèvent, soit d'un manque d'information des frontaliers sur leurs obligations, soit d'une volonté délibérée pouvant être assimilée à un abus.

La dernière loi de financement de la Sécurité sociale en introduisant la réduction du maintien de droit à un an et l'obligation de rendre la carte Vitale en cas de départ à l'étranger, sont autant de mesures permettant de régulariser la situation.

Vincent RAVOUX

Il existe un phénomène qui est très mal connu, il s'agit de l'érosion de l'assiette sociale, qui permet que les ressources ne soient plus soumises aux cotisations sociales. Je citerai un exemple concret avec le régime de retraite complémentaire des personnels navigants aériens qui a vu ses ressources fondre comme neige au soleil. En effet, le développement des compagnies à bas prix fait que les employés de ces entreprises relèvent principalement du droit anglais et ne cotisent donc plus à cet organisme.

Cet exemple montre qu'un des enjeux fondamentaux du recouvrement est la compliance, c'est-à-dire le fait d'adhérer entièrement au système et de payer librement ces cotisations. Ce comportement est indispensable mais fragile. Il ne faut pas oublier que l'immense majorité des cotisants payent en temps et en heure et ne posent pas de problème. Ainsi, à l'URSSAF de Paris, ce sont plus de 150 000 bordereaux qui arrivent lors de l'échéance du 15. Mais cet équilibre est de plus en plus menacé avec la fraude. On peut comparer la situation avec le train ou le métro. Pourquoi paierais-je mon billet alors que je vois des personnes frauder et que rien ne se passe ? La fraude incite donc les autres à ne pas payer.

A gros traits, il existe trois types de comportement pour échapper à l'assiette sociale.

- premièrement, les comportements mafieux : il s'agit bien souvent d'importation de main d'œuvre étrangère, souvent corrélée au trafic d'être humains ; de travail illégal ou sous-déclaré. Ce type de fraudeurs joue sur les failles du système grâce à des dispositifs sophistiqués et fait une utilisation industrielle de la Sécurité sociale qui est poreuse.
- deuxièmement, il y a les personnes qui rechignent ou refusent de payer au nom d'une contestation idéologique fondée sur l'Europe.
- troisièmement, on décèle des comportements d'optimisation sociale, comme ceux des compagnies aériennes bon marché déjà évoqués ou bien les affaires actuelles médiatisées des cabinets d'avocats exerçant entre la France et le Royaume-Uni et qui se cachent derrière une convention fiscale franco-britannique pour ne pas payer la CSG et la CRDS.

A cet égard, la branche recouvrement doit être particulièrement vigilante. Le dispositif de veille a été activé. Il s'agit d'une démarche « pro active » qui développe le contentieux pour que les choses changent.

Le salut viendra d'un décloisonnement des fichiers et d'une évolution culturelle au sein de l'Institution. Il faut assurer un meilleur lien entre le lieu où l'on paye ses cotisations et le lieu où l'on consomme les prestations sociales. En l'espèce, il s'agit d'éviter des affaires comme les cadres supérieurs de Total, Français vivant dans l'hexagone et bénéficiant de notre système mais juridiquement embauchés en Suisse et détachés pour ne pas payer de cotisations sociales au régime français.

Un des axes de réforme semble bien être une harmonisation européenne pour éviter toute forme de concurrence sociale entre États.

En cette période pré électorale, j'aimerais émettre deux souhaits. Tout d'abord, qu'il n'y ait pas d'amnistie pour les infractions frauduleuses à la Sécurité sociale et ensuite qu'un délit d'abus de droit soit créé pour la protection sociale calqué sur ce qui existe pour les impôts.

Françoise ROGER

Le détachement des salariés est une des activités dont s'occupe le CLEISS. Cette problématique est complexe, mais la situation peut se clarifier dans certaines circonstances. Dans le cas précédemment évoqué des compagnies à bas prix, tout devrait rentrer dans l'ordre rapidement avec l'affiliation de tous les salariés au régime général français.

Dans ce contexte, le CLEISS est en train de préparer sa première COG pour renforcer sa politique sur le détachement de salariés.

Je rappelle que dans le cas des détachements de longue durée et exceptionnels, il faut une autorisation spécifique des deux pays, d'origine et de destination. Dans la majorité des cas, le détachement concerne des cadres. La vigilance est de mise dans toutes les situations, dans le but de protéger les salariés. Ainsi, en prenant l'exemple des travailleurs polonais du bâtiment venant travailler sur les chantiers français, il faut rappeler que toutes les entreprises ne peuvent pas détacher des salariés. Les autorités polonaises, pour citer cet exemple, n'accordent pas d'autorisation lorsqu'elles se rendent compte que l'entreprise n'exerce pas principalement en Pologne. Dans ce cas, l'accord de détachement exceptionnel sera refusé par le CLEISS.

Le CLEISS a également un rôle de collecte des formulaires et des données afin de produire une banque de données statistiques. A titre d'exemple, plus de 81 000 fichiers de détachement ont été reçus en 2006. Le fichier des détachés ainsi constitué s'inscrit dans le cadre du règlement européen sur la dématérialisation.

Un certain nombre d'actions sont actuellement en cours dans le cadre de la lutte contre la fraude. Un des axes est de développer la transmission de l'information sur les systèmes de protection sociale des États, notamment *via* le site Internet de l'organisme.

Hélène MICHARD

Ce qui me frappe lorsque j'entends l'ensemble des intervenants, c'est de constater que l'Union européenne est sur les mêmes problématiques, les mêmes recherches, les mêmes soucis d'efficacité et de modifications des procédés que vous tous. La meilleure réponse à toutes les interrogations et à toutes les difficultés qui ont été évoquées est de s'écouter et de se parler mutuellement.

Il y a actuellement une émotion sur les conséquences pour les libertés fondamentales de certains problèmes. L'Union européenne est attentive à tout cela.

Il faut rappeler que dans l'espace communautaire, on n'a pas le droit à tout n'importe où, comme la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes l'a rappelé à plusieurs reprises. Un certain nombre de difficultés en Europe découlent du fait qu'il faut concilier 27 législations différentes, ce qui pose un problème de cohérence. Il y a un problème de l'exigence de l'unanimité au sein des instances européennes pour ces questions.

En même temps, je remarque un besoin fort du recours à l'expert. Tout ceci rejoint le besoin de se voir, d'échanger des informations, des pratiques, des procédés.

Un autre constat est qu'il y a actuellement la fin d'un empire figé, à savoir l'emploi stable. Il y a donc un besoin de fluidité et de flexibilité, le tout dans le cadre du droit du travail. Il existe une nécessité de travailler sur la connaissance de tous les nouveaux phénomènes et de leurs conséquences.

Synthèse des échanges

Les débats ont surtout été l'occasion d'approfondir certains thèmes abordés brièvement par les intervenants et que les acteurs des différentes caisses rencontrent dans leurs métiers ou fonctions.

La problématique des désaffiliés

Un certain nombre d'URSSAF sont actuellement en litige avec des professionnels de santé qui, se fondant sur la législation communautaire qui aurait prétendument mis fin au monopole de la sécurité sociale, souscrivent à des assurances privées basées dans les îles britanniques. Ces personnes estiment donc pouvoir demander leur radiation du régime français de Sécurité sociale.

Dominique LIBAULT rappelle à ce sujet la position exprimée très clairement et conjointement par la direction de la Sécurité sociale et la Commission européenne avec laquelle une conférence de presse commune avait été tenue il y a quelque temps. Il n'y a pas d'abolition de l'obligation d'affiliation au régime obligatoire de Sécurité sociale et ces questions ne relèvent pas du champ des directives européennes organisant la concurrence des complémentaires. Il souligne la nécessité d'informer et de communiquer en insistant sur les effets désastreux des campagnes de presse qui relayent de tels propos.

La question des flux migratoires dans les territoires d'outre-mer

En prenant l'exemple de la Guyane, on se rend compte que le problème de l'accès aux soins et de la gestion des droits sociaux est aggravé dans un contexte de flux migratoires massifs. En 2006, l'AME a représenté plus de 30 millions d'euros pour les 3 principaux hôpitaux de ce département. Il existe actuellement une enveloppe fermée de 20 millions d'euros pour les soins urgents. Que faire lorsqu'elle sera épuisée ?

Les inactifs de l'Union européenne, notamment en provenance des pays nouvellement intégrés.

Théoriquement, les intéressés devraient justifier de ressources suffisantes et d'une assurance maladie dans leur pays d'origine. La question est de savoir à quoi ils ont droit. Normalement, ils ne peuvent prétendre à rien sauf peut être à l'AME qui leur est accordée dans certains cas et dans certains départements. Il y a un véritable flou sur cette question qui provient du fait que ces ressortissants n'ont pas de titre de séjour à fournir.

Le rapport entre législation et fraudes

Certains se demandent si la législation française actuelle ne favorise pas la fraude ou les phénomènes d'optimisation sociale. La réflexion doit être approfondie sur ce point en vue d'éventuels réajustements de législation.

Conclusion

En guise de conclusion, il ressort que ces sujets sont vitaux pour toutes les branches confondues et que les caisses locales ont un rôle essentiel à jouer dans la réponse à apporter à toutes ces problématiques, notamment en matière d'accès aux soins et de lutte contre la fraude. Un axe majeur d'efficacité est la nécessité de renforcer la coopération, la mutualisation et l'échange d'informations afin de décloisonner le système.

La réactivité des organismes est essentielle puisque des comportements délictueux impunis entraînent un effet de mimétisme. Pourtant la législation est claire mais la rumeur qui enfle peut assombrir le contexte et le climat général.

Il est important de rappeler que le système français n'est pas complètement ouvert et universel et que tout le monde n'a pas droit à tout n'importe où et sans conditions. Il s'agit avant tout d'un problème de volonté politique. Il convient de trouver des moyens d'intéresser le pouvoir politique à ces problématiques. On doit néanmoins se féliciter de la prise de conscience des acteurs, dont témoigne la création du comité national de lutte contre les fraudes, mais aussi les réalisations et projets dont plusieurs figurent au nombre des COG et permettront, à ce titre, les progrès indispensables.

Atelier 6 La coopération internationale

Présidente : Agnès PLASSART, *directrice du GIP Santé – Protection sociale*

Intervenants :

Pierre BURBAN, *président de l'ACOSS*
 Driss GUERRAOUI, *conseiller social du Premier ministre du Maroc*
 Jean Christophe DEBERRE, *directeur de la DGCID, ministère des affaires étrangères*
 Yannick DHAENE, *chef de la branche développement, communication et recherche de l'AISS*
 Philippe GEORGES, *directeur de la CNAF*
 Maryse MÉDINA, *directrice de la mission des relations européenne à la CNAMTS*
 Guillaume FILHON, *directeur de cabinet à la CNAV*
 Denis NUNEZ, *directeur entreprise centrale, CCMSA*

Rapporteurs :

Françoise MOUGIN, *DSS*
 Frédéric VABRE, *élève de la 45^{ème} promotion de l'EN3S*

Les problématiques de l'atelier

Agnès PLASSART

Le choix de consacrer un atelier au thème de la coopération internationale des institutions de protection sociale ne va pas de soi a priori. Ce thème peut apparaître comme secondaire, éloigné des missions principales des caisses de Sécurité sociale. Pourtant cet atelier trouve sa place dans le forum des COG, car l'apport d'expertise à des pays qui en ont besoin, est un élément constitutif de la performance des organismes de Sécurité sociale.

La protection sociale se situe au cœur des objectifs de développement, avec une demande croissante d'appui à la mise en place de dispositifs sur les thématiques santé, famille, exclusion, retraite. La concurrence avec les partenaires européens est forte sur ces terrains. Devant la nécessité aujourd'hui de se positionner à l'international, il faut se demander quelle « stratégie d'exportation » mettre en place aux différents niveaux : caisses nationales, locales, ADECRI, GIP-SPSI.

Les travaux se dérouleront en trois séquences :

- d'abord un aperçu général du contexte institutionnel dans lequel s'inscrit la coopération internationale des organismes de sécurité sociale, avec une présentation des priorités et de la stratégie notamment en santé du ministère des affaires étrangères et de l'AISS ;
- ensuite la présentation de la typologie des actions actuelles des caisses ;
- enfin sur les enjeux à venir, en particulier sur la nécessaire valorisation et professionnalisation de l'expertise internationale.

Les interventions

Jean Christophe DEBERRE

L'état de santé de la population mondiale justifie amplement l'activité de coopération en la matière. On assiste en effet à deux phénomènes majeurs. D'abord, l'accroissement de l'épidémie de SIDA en Afrique et en Asie ainsi que la recrudescence de la tuberculose et du paludisme ; ensuite, l'apparition de nouvelles menaces sanitaires, telles que le SRAS, la grippe aviaire ou encore le chikungunya.

En dépit d'une forte mobilisation de la communauté internationale, en particulier sur la lutte contre les pandémies, les performances des systèmes de santé dans les pays en développement, mais aussi le niveau de dépenses qui leur sont affectées dans les pays demeurent insuffisants pour faire face aux défis des pandémies et de la mortalité liée aux maladies chroniques. En effet, les pays en développement ne représentent que 12 % des dépenses de santé dans le monde aujourd'hui. Ce phénomène s'explique aussi par leur difficulté à faire de la santé une priorité, le lien entre investissement dans la santé et croissance même s'il existe est difficile à démontrer. En outre, il y a une véritable crise des ressources humaines dans le secteur de la santé : beaucoup de professionnels du sud partent vers les pays du Nord, rendant insuffisant l'encadrement sanitaire dans les pays en développement.

Plusieurs évolutions se révèlent favorables pour l'action. Considérée de plus en plus comme un bien public mondial, la lutte contre les maladies contagieuses est désormais abordée au sein du G8 ; des fondations privées particulièrement puissantes lèvent des fonds colossaux en la matière ; de nouvelles formes de partenariats public/privé se mettent en place.

Dans ce panorama, les orientations stratégiques de la France, par le biais du comité interministériel de coopération internationale et de développement, portent plus spécifiquement sur la santé maternelle et infantile et la lutte contre le SIDA. Elle prend la forme d'assistance technique de l'État, des hôpitaux et d'organismes spécialisés et s'appuie notamment sur une contribution qui est passée de 150 à 300 millions d'euros en 3 ans, grâce à des financements innovants (en particulier UNITAID, qui grâce à une taxe sur les billets d'avions facilite l'accès des populations des pays en développement aux traitements contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose – UNITAID compte d'ores et déjà plus de 25 membres).

En matière de protection médicale, la France organise, à l'initiative du Président de la République, une conférence internationale sur la couverture du risque maladie dans les pays en développement qui se tiendra à Paris les 15 et 16 mars 2007. La coopération française s'est pas engagée de façon modeste ces dernières années, en raison de la complexité du sujet. L'initiative de Bamako visant à concevoir des dispositifs mixtes financés à la fois par des budgets publics et les populations concernées se heurte en effet à l'insolvabilité de celles-ci. Une protection universelle est encore plus difficile, car il faut des marges financières importantes et beaucoup de constance de la part des pouvoirs publics. La conférence permettra de souligner qu'il n'existe pas de modèle unique ni de financement unique pour la mise en place de dispositifs de couverture du risque maladie.

En tout état de cause et par rapport au thème de l'atelier du jour, la DGCID est favorable à rencontrer et à travailler avec les acteurs de la coopération de la Sécurité sociale pour renforcer les capacités collectives d'action de la France en la matière.

Yannick DHAENE

La situation de la protection sociale dans le monde n'est pas satisfaisante. On assiste en la matière à une régression : en 2005, il y avait moins de personnes protégées qu'au début des années 1990. Selon les statistiques du BIT, 20 % seulement de la population bénéficient d'une protection sociale adéquate. Cela s'explique notamment par le développement de l'économie « grise » en Amérique latine, en Asie et plus encore en Afrique. Devant cette situation préoccupante, l'extension de la couverture sociale dans le monde est l'objectif prioritaire des actions de coopération internationale menées par l'AISS et le BIT, à côté d'autres objectifs, comme la préparation des organisations membres aux conséquences des changements démographiques en cours, aux processus de réforme de la Sécurité sociale ainsi qu'au renforcement de l'amélioration de leur efficacité administrative. Plusieurs initiatives ont été développées telles la campagne du BIT « Sécurité sociale pour tous » lancée en 2003 et sur le point d'être réactivée, le programme « initiative de l'AISS » ou encore le consortium créé entre l'OMS, le BIT et GTZ pour l'amélioration de la couverture des soins de santé pour les populations les plus défavorisées.

Outre son association à des initiatives d'envergure, l'AISS contribue à cet effort d'extension en mobilisant ses 370 organisations membres à travers le monde et en diffusant les bonnes pratiques. Pour ce faire, elle a créé cette année un « Observatoire de la Sécurité sociale ». Sur le champ de l'amélioration du service rendu aux bénéficiaires, l'AISS développe des jumelages entre organisations de pays en développement et organisations de pays développés. Enfin, l'AISS joue un rôle d'information sur la protection sociale dans le monde, afin de permettre un débat éclairé et une prise de conscience des décideurs sur ces enjeux. Cela suppose notamment de rationaliser les bases statistiques existantes par l'élaboration d'indicateurs fiables et significatifs. Cela va dans le sens de l'initiative des organisations françaises membres de l'AISS, qui se sont prononcées récemment pour la création d'un « baromètre international de la Sécurité sociale ».

On le voit, le champ de la coopération internationale est immense, et il faut insister sur deux points : d'abord, sur l'enrichissement collectif qu'entraînent les détachements d'experts, qui sont bien plus profitables pour les équipes que des séminaires coûteux ; ensuite, sur l'indispensable complémentarité des différents niveaux d'intervention. Chaque intervenant doit en effet s'efforcer de croiser avec d'autres les compétences, les moyens et les réseaux dont il dispose, plutôt que de prétendre mener une action significative isolée. Cette complémentarité des efforts, qui mériterait de faire l'objet d'une réflexion plus approfondie, est une impérative nécessité devant l'immensité des problèmes et l'urgence des solutions à leur apporter.

Maryse MÉDINA

Au sein de la CNAMTS, une structure dédiée à l'international existe auprès du directeur général : la MREIC (mission des relations européennes, internationales et de la coopération). Parmi ses champs d'activité figure la coopération dans sa dimension de transfert d'expérience, en particulier technique. Le régime général de l'assurance maladie obligatoire assure une très bonne couverture de la population française avec des soins de qualité. La CNAMTS considère qu'elle doit faire connaître les caractéristiques de ce système et apporter son concours aux institutions étrangères qui en font la demande à une triple condition : un soutien du ministère, un projet précis et un cadre de réalisation organisé permettant à la CNAMTS, tout en remplissant pleinement ses missions, de s'investir sur des actions de coopération.

Outre l'attrait de son modèle de couverture large, basé sur une forte politique de solidarité intervenant sur la gestion et la régulation de la demande et de l'offre de soins, le régime général d'assurance maladie dispose d'une expertise pointue et diversifiée, dont le savoir-faire est reconnu. En outre, ses experts savent se mettre à la portée des étrangers et parviennent dans de bonnes conditions à faire l'exercice délicat de la translation.

Il faut cependant évoquer les freins concernant l'expertise, notamment la faible capacité de travailler dans une langue étrangère, y compris l'anglais, et le manque parfois de disponibilité au regard de la demande dans des domaines très pointus.

Pour faciliter ses actions, la CNAMTS a développé des partenariats, notamment avec l'ADECRI et le GIP – SPSI. De nouvelles pistes sont envisagées : mieux faire connaître les actions de coopération et les appels d'offre, développer un fichier d'experts adapté à la demande, encourager la pratique des langues étrangères et proposer des actions de sensibilisation spécifiques pour faciliter le travail des experts et sa reconnaissance.

Guillaume FILHON

La coopération internationale a commencé à se développer à la CNAV pour des raisons de gestion, car beaucoup de nos assurés avaient commencé leur carrière dans un pays étranger. Elle s'est poursuivie et diversifiée sous l'impulsion du Conseil d'administration, qui a mis en place une commission « communication et relations internationales », et souhaité établir une stratégie pour défendre à la fois une expertise et le système français de retraites par répartition.

En matière de gestion des calculs de droits, l'assurance vieillesse a fait le choix de spécialiser les CRAM sur un pays étranger afin qu'elles viennent en soutien au réseau selon un système comparable à une *hot line*. Ainsi, lorsqu'une caisse à un problème pour calculer les droits de quelqu'un qui a travaillé au Maroc, elle doit appeler la CRAM de Marseille. De la même manière, la direction des assurés de l'étranger de la CNAV, installée à Tours est spécialiste de l'Algérie, Rouen de la Grande Bretagne, Strasbourg de l'Allemagne, etc... Ce système pourrait être approfondi. Dans ce prolongement, une expérimentation est en cours pour transformer ces caisses expertes de soutien en caisses de gestion. C'est le cas pour la CRAM de Toulouse, qui gère directement tous les dossiers concernés par l'Andorre, et de Nancy pour les dossiers concernant la Hongrie, le tout est pour le moment à titre expérimental. Ces spécialisations ont des conséquences parfois importantes sur les CPG des organismes, car cela modifie leurs flux de gestion.

En matière de coopération proprement dite, il existe au sein de la direction du cabinet un département des relations internationales et de la coordination, chargée notamment des relations bilatérales avec les caisses nationales étrangères (Maroc, Liban, Albanie, Hongrie, Roumanie), en lien avec la REIF, l'AISS et les autres têtes de réseau hexagonales. Les perspectives de la coopération concernent d'abord l'Europe, avec la Pologne et la Roumanie, mais également la zone francophone, avec le développement de l'expertise française en matière de système de retraite, en particulier au Maroc, au Liban et à Madagascar (avec l'ADECRI).

Denis NUNEZ

Deux raisons fondent l'intérêt de la MSA pour la coopération internationale.

En premier lieu, il a trait aux caractéristiques de la population que nous protégeons : les agriculteurs sont très sensibles aux marchés extérieurs par rapport aux coûts des produits et très demandeurs d'une connaissance de leur environnement européen et mondial. En outre, l'entraide est un trait majeur de la profession agricole, et on trouve par exemple une organisation spécifique de coopération envers les pays en développement : Agriculteurs Français et Développement International (AFDI).

En second lieu, le modèle mutualiste de la MSA permet de proposer des pistes originales d'action pour les pays tiers ou émergents. La CCMSA est ainsi un opérateur reconnu en matière de coopération internationale. Elle dispose de structures spécifiques¹ et cette activité figure dans sa convention d'objectifs et de gestion.

Deux exemples de coopération illustrent la politique de la MSA dans ce domaine : la Pologne et la Tunisie. A chaque fois, un travail de coopération bilatérale a précédé la mise en œuvre d'un jumelage. Pour prendre le cas de la Pologne, celle-ci cherchait en 1990 à prendre en charge la protection sociale de ses agriculteurs. Elle a fait le choix de se tourner vers la France et le régime social agricole. 49 organismes dédiés ont été créés (les KRUS) suivi de la signature d'accords de jumelage avec 49 MSA. Cette coopération a débouché en 2001 sur l'attribution à la CCMSA de la gestion d'un projet portant « création d'un régime de préretraites agricoles » dans le cadre du programme communautaire PHARE, jugé depuis « hautement satisfaisant » par les évaluateurs de la Commission européenne. Une démarche identique initialisée en 2002 avec la Tunisie voit aujourd'hui sa concrétisation dans l'attribution d'un jumelage sur « l'extension de la couverture sociale » à la France, dont le chef de file sera la CCMSA. Ce jumelage est sur le point de démarrer.

En matière de coopération, la concurrence internationale est forte. Les anglais, les allemands, les espagnols ont une expertise qui apparaît plus contemporaine, plus pragmatique et moins conceptuelle.

Les bénéficiaires des activités de coopération internationale sont importants. Elles permettent de démontrer la fiabilité de notre expertise dans un environnement économique et social différent, d'ouvrir des perspectives en termes d'évolution de la protection sociale et d'enrichir le parcours professionnel des collaborateurs. La réflexion sur les pratiques qu'elles induisent constitue un élément de la performance. Il faut néanmoins que les caisses nationales définissent ce que l'on peut faire, notamment sur la question des statuts, et constituent des réseaux d'experts dans chaque régime et en inter-régimes.

Driss GUERRAOU

Au-delà de la performance et de l'efficacité, il convient également de parler de solidarité. En ce qui concerne le contexte de coopération entre la France et le Maroc, cette dimension subjective des hommes et des femmes, de leur intelligence et de leur conscience, est particulièrement importante. Il est vrai qu'il s'agit ici de deux pays qui sont liés par une relation d'amitié d'exception. Le modèle de coopération engagé paraît intelligent, car il témoigne d'une vision stratégique commune et partagée. Il est basé sur la signature de la convention de Rabat pour la coopération culturelle et le développement, qui a vu la création d'un comité sectoriel thématique pour se pencher sur les projets proposés. Les axes stratégiques dégagés concernent à la fois la santé, la protection sociale et l'action solidaire. L'une des initiatives phares est la couverture médicale de base, réforme basée sur deux pôles : l'assistance et l'assurance, et régulée par l'Agence nationale de l'assurance maladie pilotée par le Premier Ministre. Une autre réforme importante concerne la gouvernance et la régulation médico-économique. Dans ce domaine, une convention a été passée avec la haute autorité de santé française pour établir des référentiels de prise en charge thérapeutique.

Finalement, on peut énumérer à partir de cet exemple quelques enseignements majeurs : l'importance de la proximité institutionnelle pour l'obtention de résultats concrets et irréversibles, l'importance également du partage des savoirs et des savoir-faire, la nécessité de favoriser la formation des formateurs pour faciliter l'appropriation locale des résultats, l'intérêt politique crucial de renforcer les échanges en matière de gouvernance et enfin l'enjeu stratégique de développer la coopération sur les aspects de veille sanitaire.

Philippe GEORGES

La coopération internationale n'est pas la priorité de nos caisses, il faut bien l'avouer. Cependant, nous sommes génétiquement des organismes de solidarité, et il n'y a aucune raison que cette dernière s'arrête à nos frontières. Il faut donc réussir à intégrer dans le courant d'une activité d'organisme un intérêt à s'intéresser à l'international. D'abord, ne peut-on pas parler davantage d'importation que d'exportation ? Nous sommes en effet confrontés en France à des problèmes difficiles : le déficit budgétaire, les mutations familiales, le zapping réglementaire, et nous avons trop peu de réponses, de solutions. Nous avons aujourd'hui besoin de managers concepteurs qui travaillent à ces solutions. Il faut se méfier des échanges internationaux qui restent superficiels, où l'on ne se comprend pas toujours faute de mettre des choses équivalentes derrière les mêmes concepts, mais il est néanmoins important d'avoir des prospecteurs de solutions nouvelles qui peuvent se trouver à l'étranger. La CNAF a donc développé une activité de coopération internationale (envers la Russie, la Roumanie, etc) ce dont rend compte l'article 3 de la COG, qui marque la volonté de jouer un rôle politique accru en matière de politiques familiales et sociales.

Les enjeux à venir sont importants. Il faut professionnaliser des volontés pour en faire des expertises. Il convient également, je le dis en tant qu'actuel président du COMEX, d'organiser la mise à disposition des collaborateurs : le passage par la coopération internationale doit être prévu dans les carrières des cadres et des agents de direction. Mais cela ne doit pas nous exonérer de réfléchir à une bonne exploitation en interne de ces expériences, car les initiatives prises ne sont pas suffisamment encadrées.

¹ Il s'agit de la commission des relations internationales et de la mission des relations européennes internationales et de coopération.

Pierre BURBAN

Les conventions d'objectifs et de gestion constituent un bon exercice, car elles permettent à chaque fois de regarder le passé pour en faire un bilan. Cependant, en matière de coopération internationale, force est de reconnaître qu'elles ont eu un effet négatif, car elles ont conduit à mettre beaucoup l'accent sur la performance et les résultats mesurables. Or, il est difficile de mesurer le retour sur investissement de la coopération, et les pouvoirs publics sont de plus en plus vigilants sur les coûts. Néanmoins, si la France ne se positionne pas à l'international sur le domaine de la Sécurité sociale, d'autres y seront, car en dehors de l'objectif altruiste, il est évident que les relations que l'on entretient sur le plan de la Sécurité sociale peuvent faciliter d'autres échanges, y compris commerciaux. A l'époque coloniale, nous plaquions notre système (le Code civil en est un bon exemple) sur des réalités différentes. Aujourd'hui, il faut agir différemment en utilisant notre technicité. Il convient d'élaborer une « charte de la coopération internationale et du développement » pour harmoniser les actions et offrir une visibilité supplémentaire aux organismes de Sécurité sociale, qui doivent mieux afficher ce qu'ils peuvent faire. Pour cela, il faut impliquer les partenaires sociaux dans cette mission. L'UCANSS a également un rôle à jouer, sans moyens supplémentaires, pour réfléchir à la manière d'impliquer et de motiver les collaborateurs. Il faut enfin se fixer comme objectif que la coopération internationale soit présente bientôt dans toutes les COG.

Synthèse des échanges

Les constats effectués concernant la faible protection sociale de l'essentiel de la population mondiale.

La question des liens entre le développement des structures sanitaires et les flux migratoires a été posée par un participant de la Guyane. Il a été rappelé à cette occasion que si l'amélioration de certains équipements sanitaires peut contribuer à diminuer la pression migratoire vers les territoires mieux dotés, cette action ne saurait suffire, car l'attractivité des régions développées est liée à bien d'autres facteurs, ce qui suppose d'adopter une démarche de coopération globale.

La difficulté à défendre au plan mondial la nécessité du développement de la protection sociale a ensuite été abordée. Il a été rappelé à cette occasion qu'il est dans la mission fondatrice de l'AISS de plaider inlassablement dans ce sens, mais que le débat était âpre avec un certain nombre d'institutions qui n'y étaient pas favorables. Néanmoins, Yannick DHAENE a affirmé que la position de la Banque Mondiale, par exemple, était désormais bien plus nuancée qu'elle ne l'était il y a une dizaine d'années sur le sujet.

L'implication des personnels des organismes de Sécurité sociale dans des activités de coopération internationale.

L'accent a été fortement mis sur la nécessité de faciliter ces activités, notamment en valorisant le passage à l'international dans les carrières et par la constitution de « fichiers » ou de « bourse d'experts » selon les expressions employées. Si l'ADECRI a effectivement pris des initiatives, dans ce domaine, les participants attendent leur amplification par l'UCANSS et le GIP-SPSI.

La situation générale de l'expertise française dans le monde

Les actions réalisées avec succès par l'ADECRI ont été rappelées par les participants qui ont toutefois mentionné que le contexte général n'était guère favorable à l'expertise française. Driss GUERRAOUI a par exemple insisté sur la nécessité pour la France de se positionner plus fortement, en particulier en Afrique, en favorisant des partenariats tripartites Maroc-France-Afrique, qui capitaliseraient les avancées réalisées par les deux pays dans le domaine de la couverture médicale. Christian MOUTIER, le directeur de la CAF du Val de Marne, a quant à lui regretté la faible présence de coopérants français dans les pays de l'ex-CEI, le manque de renseignements de nos propres ambassades sur notre modèle de protection sociale et les limites du site Internet www.protectionsocialefrancaise.fr ou de documents en langue anglaise traitant de la Sécurité sociale de manière pointue. Devant ce défi, l'ADECRI et le GIP-SPSI doivent poursuivre et donner de l'ampleur à leurs actions.

Deux enjeux de coopération en matière de Sécurité sociale sont donc ressortis de ces échanges : d'une part la nécessité d'apporter une coopération institutionnelle aux pays qui en ont besoin pour développer leur protection sociale et, d'autre part, le positionnement de la France et de la Sécurité sociale française sur le « marché » des projets internationaux. Si les deux approches ne s'opposent pas, elles ne sont pas basées sur les mêmes priorités : il n'y a pas les mêmes délais, ni les mêmes sujétions en matière de personnel.

En conclusion, Agnès PLASSART a réaffirmé que le GIP-SPSI se voulait une tête de réseau, chargée de coordonner la diversité des initiatives et de mutualiser les forces. Elle a rappelé que cet atelier ne constituait qu'une étape, et que plusieurs rendez-vous avaient été pris pour avancer sur les sujets évoqués, notamment pour la mise en place de la charte de la coopération.

Atelier 7 L'innovation, la recherche et l'expérimentation

Président : Jean-Louis BUHL, *contrôleur budgétaire et comptable ministériel du ministère de l'outre-mer*

Intervenants :

Frédéric TIBERGHIEU, *conseiller d'État*
 Bruno DE MONTALIVET, *président d'Innov'acteurs*
 Muriel GARCIA, *responsable de l'innovation participative au sein du groupe La Poste*
 Raymonde TAILLEUR, *sous-directrice de la gestion et des systèmes d'information à la DSS*
 Olivier DE CADEVILLE, *directeur délégué aux opérations de la CNAMTS*
 Vincent POUBELLE, *directeur de la prospective à la CNAVTS*
 Philippe SALIÈGES, *directeur de l'URSSAF de Bordeaux*
 Luc GRARD, *directeur de la CAF de Pau*

Rapporteurs :

Stéphanie GILARDIN-CHERION, *DSS*
 Laëtitia SCOHY, *élève de la 45^{ème} promotion de l'EN3S*

Les problématiques de l'atelier

Jean-Louis BUHL

Les processus d'innovation, de recherche et d'expérimentation ne sont pas instinctivement associés au service public de la sécurité sociale. En effet, que peu apporter l'innovation lorsque la clientèle est captive et que le service rendu est défini par les lois et les règlements ? Pourtant, des marges de manœuvre existent et l'innovation est essentielle pour améliorer la performance de la Sécurité sociale, comme dans toute entreprise. Dans un cadre de plus en plus contraint, il faut pouvoir sortir des carcans traditionnels pour améliorer l'efficacité des réseaux. Il s'agit alors de trouver les modalités pour stimuler les innovations et favoriser le partage d'expériences.

La première partie de notre réflexion consistera à dresser un bilan des moteurs et des freins actuels des innovations et des expérimentations, mais aussi de la recherche. Cette analyse sera effectuée à différents niveaux puisqu'elle concerne l'organisation de la Sécurité sociale, son mode de management et sa culture institutionnelle. L'émergence de nouvelles idées mais aussi le partage des bonnes pratiques seront évoqués. Une comparaison avec d'autres secteurs permettra d'approfondir ce bilan. Ensuite, nous nous interrogerons sur l'outil conventionnel. Les conventions d'objectifs et de gestion, les COG, sont perçues par certains comme des freins à l'initiative locale puisque les efforts demandés laissent peu de place aux actions complémentaires. Pour d'autres, les COG encouragent les actions originales pour répondre à l'exigence croissante des assurés et des pouvoirs publics, avec des moyens restreints.

Les interventions

Frédéric TIBERGHIEU

L'innovation est présentée depuis longtemps comme un ressort fondamental pour la transformation de nos économies et des entreprises, notamment dans l'analyse de *Schumpeter*. L'entrepreneur individuel est sacralisé chez cet économiste autrichien, car c'est le seul opérateur, selon lui, capable de provoquer des changements (nouveau produit, nouveau marché, nouvelle matière première, nouveau procédé de production ou nouvelle organisation). Ces traits caractéristiques de l'innovation se retrouvent dans l'innovation sociale. Ce champ d'activité est porteur en lui-même de créativité car son objectif est de satisfaire les besoins insuffisamment pris en compte par le marché et par l'État. La sociologie, par nature, travaille sur cette transformation sociale, apparue bien avant l'idée d'innovation technologique, au 19^e siècle avec la théorie du changement social. Les minorités sont les principaux acteurs de ce changement dans leur désir de bousculer un environnement normé. Toutefois, l'innovation sociale est forcément provisoire et mortelle : soit la nouvelle norme sociale est une réussite et elle sort alors du champ de l'innovation pour devenir à son tour une norme sociale, soit elle ne trouve pas sa place et elle est vouée à disparaître au profit d'autres innovations.

Pourquoi innover ? Cela permet de mieux utiliser les ressources mais aussi d'assurer la pérennité de l'entreprise ou de l'organisation. Ces deux aspects sont nécessaires pour la Sécurité sociale, aujourd'hui confrontée au décalage entre des recettes restreintes et un champ de besoins sociaux en constante progression. Trois champs d'innovation pourront être investis : celui des prestations pour dépasser la vision parcellaire de l'assuré (par risque et par prestation) et pour favoriser le retour à l'activité, celui du financement et celui de la prévention. Une réflexion sur le fondement de notre organisation par risque et par catégorie socioprofessionnelle est à envisager. En effet, du point de vue de l'utilisateur, il serait plus simple et plus efficace de cibler une architecture de la Sécurité sociale soit par catégorie d'assurés, soit par tranche d'âge de la vie.

Les ressorts d'innovation sont multiples. L'écoute des usagers, notamment des marginaux, la modification du milieu et de l'environnement, les propositions des salariés sont autant de ressorts, mais cela ne suffit pas. L'innovation est souvent provoquée par des opportunités qu'il faut savoir saisir ou créer. Mettre en place un environnement favorable à l'innovation, c'est aussi permettre l'adaptabilité du droit pour des expérimentations. Toute innovation suppose de changer de regard, de lutter contre les préjugés, y compris dans le monde social. Le rôle des dirigeants est de s'engager pour cela, de fixer les priorités et de dégager les moyens nécessaires pour parvenir aux objectifs fixés. La Sécurité sociale a des atouts : elle est appréciée par les Français, l'aspiration à la sécurisation à travers la solidarité est une assise incontestable et forte. L'existence de partenaires nombreux et impliqués devrait aussi conduire à soutenir ces acteurs aux marges de la Sécurité sociale dans leur démarche d'innovation.

Philippe SALIÈGES

La culture de modernisation est ancienne au sein de la Sécurité sociale. En effet, les dirigeants de notre institution sont en première ligne pour percevoir et anticiper les besoins sociaux. Or, l'innovation sociale est souvent la meilleure façon de répondre à des situations problématiques. Au-delà des opportunités liées aux outils informatiques, l'innovation est forte du point de vue réglementaire. Elle l'a été depuis longtemps sur le cœur de nos métiers, au-delà de la recherche de l'amélioration de la production. En effet, si l'innovation a d'abord porté sur l'amélioration de la production, par le biais de l'informatisation notamment, elle se porte désormais plus sur les besoins des usagers.

Grâce à nos innovations, l'assurance maladie est devenue un réel acteur dans la politique de régulation. L'outil informatique a permis de cibler les professionnels de santé et les assurés aux comportements atypiques. Le volet modernisateur participe donc à la maîtrise des dépenses. L'assurance maladie est passée de la méfiance envers des adversaires à des engagements de service envers des partenaires. Pour la CAF, l'évolution est aussi importante puisque de « payeur des allocations » elle est devenue « médiateur social ». La mutualité sociale agricole, la MSA, a une stratégie de service en milieu rural, pour tous les résidents y compris ceux qui ne sont pas affiliés à son régime. Le recouvrement a dépassé son rôle de mise en œuvre du financement de la Sécurité sociale pour devenir un acteur majeur de la politique de l'emploi grâce à ces observatoires statistiques, à sa gestion des entreprises en difficulté, à sa lutte contre travail illégal. La branche offre des services simplifiant la vie des cotisants pour une réponse adaptée, cela va de la mise en place du chèque très petite entreprise à la centralisation de la gestion pour les très grosses entreprises avec le versement en lieu unique.

Des freins à l'innovation peuvent subsister. Il y a d'abord la complexification constante de la législation avec une superposition de textes comme ceux multipliant les exonérations possibles. La stratification des réglementations ne facilite pas la répartition des responsabilités et crée un manque de visibilité sur les dispositifs. La Sécurité sociale doit aussi assurer des partenariats divers avec des acteurs soit privés, soit publics. Des conflits de compétences sont susceptibles d'amener à une crise d'efficacité. Mais l'innovation a eu aussi pour but d'internaliser la complexité.

Les nouvelles technologies ont été une opportunité et un levier puissant de l'innovation dans les offres de service. Elles ont permis de personnaliser la relation avec les cotisants. Nous offrons aujourd'hui une expertise unique. L'exigence de service est de plus en plus importante, il nous faut travailler à l'optimisation du front office. Une des difficultés pour nos organismes est la disponibilité des personnels en particulier du fait de la réduction du temps de travail. Un des remèdes est le développement des NTIC. Aujourd'hui, sur www.urssaf.fr, il y a 90 milliards d'euros de déclarés et 70 milliards d'euros de cotisations payées. Les réussites se sont multipliées : *Télédep, Net entreprise, info retraites, cafpro...* Ces noms sont familiers pour nos clients et partenaires. Ce cercle vertueux de fiabilisation des informations et de gestion d'économies ne doit toutefois pas introduire de nouvelles exclusions. L'administration de proximité doit accompagner ce mouvement car la Sécurité sociale est le garant du maintien du lien social. Les attentes très fortes envers la Sécurité sociale ne peuvent que nous inciter à toujours mieux nous adapter à nos publics. Après tout, la Sécurité sociale est le fruit d'une innovation sociale qui a réussi. Il faut continuer à la faire vivre.

Bruno DE MONTALIVET et Muriel GARCIA

Comment favoriser l'innovation dans un réseau ? Partir des collaborateurs est un atout majeur pour l'innovation, que ce soit dans les organismes publics ou privés. Chez Accor, 150 000 collaborateurs sur l'ensemble des continents participent aujourd'hui à l'innovation du groupe. Dans un projet appelé « Accor 2000, réussir ensemble », l'organisation a été repensée pour faciliter l'initiative de tous les collaborateurs et la diffusion des initiatives. Les idées sont centralisées sur une page web avec une brève description du problème, de la solution, de la mise en œuvre des moyens et des résultats obtenus. Chaque site de l'entreprise a une personne de référence, un innov'acteur, chargé de faire vivre la démarche au quotidien. Le comité de direction valide régulièrement les meilleures pratiques. Aujourd'hui, 10 000 idées sont répertoriées, 4 000 sont mises en place concrètement et 165 ont été promues au rang des bonnes pratiques. Ce système favorise la motivation des équipes et le repérage des potentiels. Les bénéficiaires d'une seule idée ont permis d'économiser entre 600 000 et 1 million d'euros, ce qui rembourse totalement les frais de mise en place du dispositif.

Les nouvelles technologies d'information et de communication structurent la démarche. Le management est aussi formé sur la manière d'installer un climat pour que chacun soit à l'aise pour proposer des choses en rupture avec la norme. Les conditions de réussite résident dans les éléments culturels : le regard que l'on porte sur la personne, l'idée et l'organisation. Les collaborateurs ou la hiérarchie ont souvent un regard négatif sur l'innovation : « on l'a déjà pensé, mais ça ne marche pas », « c'est une bonne idée mais on n'a pas le temps, ni les fonds ». La formation est essentielle pour que chacun ouvre la porte plutôt que de la fermer.

Les idées sont très concrètes. Elles peuvent être spontanées ou provoquées. Les idées provoquées sont issues de challenges proposés par la hiérarchie. Chez les hôtels du groupe Accor, un des challenges a consisté à améliorer le taux de captage en restauration le soir. Pour le groupe La Poste ces deux dispositifs provoqués et spontanés existent aussi. Les idées spontanées représentent 85 % des idées appliquées grâce à un management largement sensibilisé. Les idées provoquées émanent soit de groupes créatifs; soit de groupes de résolution de problèmes. Dans les deux cas, une formation est dispensée aux animateurs des groupes. Ce dispositif s'appuie sur la démarche qualité et le management. L'innovation doit faire partie des critères de l'évaluation pour en faciliter la mise en œuvre.

Dans les enquêtes sur l'engagement des collaborateurs au sein des entreprises, deux pistes d'amélioration ressortent : la reconnaissance et le manque de clarté sur la stratégie de la direction générale. L'innovation participative permet de travailler simultanément ces deux items. L'utilisation des idées est une des meilleures reconnaissances notamment pour la reconnaissance de ses pairs. Les challenges sont aussi une manière d'éclairer les enjeux stratégiques pour l'entreprise.

En conclusion, cette démarche contribue au développement global de l'organisation car elle permet le développement d'avantages concurrentiels et une mobilisation accrue des acteurs.

Luc GRARD

Mon intervention s'inscrit surtout comme un témoignage d'expériences locales, en considérant que n'importe quel directeur de caisse pourrait jouer le même rôle, aujourd'hui.

Derrière ce témoignage, ce sont aussi des propositions que je m'efforcerai de formuler, sachant que l'action sociale des CAF a toujours été un vivier d'innovations.

En préambule, je ne peux résister à l'envie de rappeler que notre sécurité sociale reste particulièrement performante en s'appuyant sur deux « vieilles » innovations toujours d'actualité, et qui expliquent notre réactivité, notre impartialité, notre présence sur le terrain, notre esprit d'équipe : il s'agit de l'existence des conseils d'administration (à condition, bien sûr, d'une très étroite relation du tandem président/directeur) et de la présence à nos côtés des agents comptables. Ces tandems n'existent pas dans les autres collectivités publiques qui s'appuient toutes sur une paierie départementale très éloignée fonctionnellement et hiérarchiquement.

■ Voici d'abord quelques expériences en puisant dans des illustrations notables parmi les CAF, et tout d'abord dans l'innovation en réseau entre les caisses locales et la CNAF. Deux exemples :

- En matière de relation écrite : l'initiative récente de la CAF d'Annecy, qui a mené un travail de longue haleine en relation avec la caisse nationale, permettant une très notable amélioration de l'ensemble des courriers aux usagers. Cette approche fut également quantitative (représentez-vous les impacts d'une amélioration de la qualité sur 5 % de courriers délicats, rapportés à 100 millions de lettres par an). Cette expérimentation, couronnée par un trophée des services publics, vient d'être institutionnalisée par la CNAF, et 15 000 salariés seront accompagnés sur le sujet en 18 mois.
- Voici quelques années, la CAF de Périgueux fut une autre pionnière : son expérience de coproduction des informations justificatives avec les usagers fut labellisée, et généralisée à l'ensemble du réseau des caisses.

- Je souhaite également citer l'exemple récent de la CAF de la Roche-sur-Yon, qui mène depuis 2003, une politique volontariste en faveur des handicapés, et dont les efforts ont été couronnés d'un autre trophée, octroyé par la *Fédération des Associations pour Adultes et Jeunes Handicapés*.

Localement, à Pau, nous voyons bien que les innovations portées par mes collaborateurs ont permis des avancées significatives, en lien avec la CNAF, dans des domaines très diversifiés :

- un dispositif d'évaluation du personnel dès 1990 que l'on retrouve pour l'essentiel dans notre convention collective en 2004,
- un travail sur la parentalité dès 1995, repéré par la CNAF et le Ministère, et « légalisé » en 2000 via la Délégation Interministérielle à la Famille.
- en matière d'informatique, l'expérimentation de Lotus Notes dès 1993, généralisée quelques années plus tard dans la Branche Famille.

Quels sont les points communs de toutes ces expérimentations et innovations ?

Elles interviennent pour l'essentiel au niveau des moyens et des outils. C'est là que nous devons insister sur nos rôles respectifs, entre Caisse nationale et Caisses locales.

■ En effet, je conçois nos interventions de la façon suivante :

- au niveau de la caisse nationale : mise en place de la COG pour définir les missions et les objectifs (nous souhaitons souvent à ce niveau, que les ambitions soient plus étayées sur le plan des valeurs et sur le plan politique).
- un plan d'actions institutionnel de la branche animé par la CNAF, pour se donner collectivement les moyens d'atteindre les objectifs, mais aussi de créer ou développer des outils nouveaux. Ce plan est également un moyen pour homogénéiser nos résultats et coordonner les expérimentations.
- dans ce concert, le rôle de chaque CAF est de réaliser : pour y arriver, il nous faut conserver et entretenir une marge de créativité. Aucune méthode nationale n'est transposable sans adaptation et aucun objectif institutionnel n'est transposable sans personnalisation.

■ Alors pour l'avenir, quelles peuvent être nos attentes et nos propositions ?

Tout d'abord, peaufiner l'articulation entre :

- un échelon national qui qualifie les objectifs et les missions, qui développe certains outils contribuant à la productivité et qui le fasse avec le réseau. Cet échelon doit parvenir avec méthode à accompagner les expérimentations pour capitaliser plus vite et éviter l'éparpillement. Par exemple : peut-on imaginer des expériences développées par des régions sous l'égide de la caisse nationale ?
- un échelon local proche des usagers, qui s'engage sur les résultats, avec une autonomie négociée sur les moyens et les outils. C'est à ce niveau qu'il faut garder la faculté d'expérimenter.

Donner du temps au temps :

- innover signifie pouvoir expérimenter, donc pouvoir mesurer les effets, constater d'éventuels échecs ou capitaliser.
- « labourer » en profondeur avec nos collaborateurs et avec les habitants, nécessite de la durée : nous le savons tous, cette dimension est actuellement cruellement contradictoire avec les perpétuelles exigences d'urgence absolue venant des pouvoirs publics.
- donner de la place à la simplicité : pouvoirs publics, Caisse nationale et Caisses locales doivent s'accorder pour retrouver des méthodes de travail qui garantissent simplicité, qualité de service public, et maîtrise financière. Tirons les enseignements de certains dispositifs récents (certification des comptes, maîtrise des risques, contrat enfance et jeunesse) : sachons écouter le réseau en nous appuyant sur les réelles bonnes pratiques locales pour permettre à la CNAF de proposer au ministère des solutions techniques fiables, lisibles à la fois par le ministre et le technicien-conseil de CAF, en passant par le maire de la petite commune. Ce serait là une véritable innovation...

Vincent POUBELLE

La recherche participe à l'innovation sur plusieurs plans : sur l'aspect expérimental, sur les études et sur l'évaluation. La recherche dans le domaine social devient très rapidement une recherche appliquée via l'étude de populations ou de dispositifs réglementaires, c'est ce qui participe aussi à son intérêt.

Au niveau national, les instances et institutions qui coordonnent études et statistiques sont multiples. On peut citer la Drees, la Mire, le CNIS (conseil national information et statistique), et la DSS. Dans les caisses nationales, la recherche au sens d'une activité propre a d'abord été créée à la CNAF en 1957 avec des études économiques ou des études plus sociales comme celles sur le divorce ou l'avortement. Une trentaine d'études par an est menée par la CNAF ou pour son compte par des universitaires. La CNAV (Recherches sur le vieillissement), depuis 30 ans, réalise également elle-même des recherches mais aussi avec appels d'offre ponctuels. L'activité de recherche la plus récente est à l'ACOSS. La CNAMTS a, elle, fait autrement, en confiant ce rôle à l'IRDES (ancien CREDES). Les caisses nationales ont ainsi créé des structures pour étudier les évolutions sociétales qui impactent le champ de la protection sociale. Elles participent enfin à des enquêtes lourdes (INSEE, DRESS, etc.).

Voici quelques exemples de recherche : en ce qui concerne l'allocation parentale d'éducation, la CNAF a mis en avant la difficulté de retrouver un emploi pour les mères peu qualifiées évincées du marché du travail pendant trois ans, ce qui a mené au complément libre choix d'activité, prestation plus courte mais mieux rémunérée. Les études de la CNAV ont, par exemple, permis de nuancer le discours ambiant sur la désuétude de la solidarité familiale. Le financement croisé et les échanges de service entre générations d'une même famille perdurent en effet. Cela a favorisé la réflexion sur une meilleure prise en charge des aidants. Ce sont les contrôles inopinés de l'URSSAF de Toulon qui ont conduit l'ACOSS à revoir le mode de sélection des entreprises en introduisant une part de sondage aléatoire en dehors du plan de contrôle. Ainsi, le rôle de la sécurité sociale ne se limite pas à la gestion. Elle participe également à l'effort de réflexion commun sur l'évolution nécessaire de notre système de protection sociale.

Avons-nous les moyens d'innover ? En matière de recherche pure, il est nécessaire de disposer de ces moyens de recherches y compris lorsqu'il s'agit de les commanditer à l'extérieur, pour anticiper les changements. La DSS a impulsé un mouvement de développement de ces moyens de recherche mais aussi de densification des équipes nationales et locales (statisticiens, économistes, chercheurs). Les bases de données de gestion sont des formidables outils de connaissance (ERASM, SID, PLEIADE). La CNAV dispose d'importants fichiers de carrières (débutant en 1947), qui permettent de faire de l'analyse, de l'évaluation et des simulations. Dans les URSSAF, les statisticiens sont également dotés d'une mission nationale. De manière générale, il faut rappeler que l'observation au niveau local permet souvent de mieux appréhender certains phénomènes au niveau national.

Raymonde TAILLEUR

La COG est un puissant stimulant de l'innovation et de l'expérimentation car elle promeut la performance globale et la démarche objectifs/résultats ; l'État et les caisses nationales s'entendent sur des objectifs, des résultats mesurables, des échéances précises. L'outil COG laisse par conséquent place à la créativité puisque les plans d'actions sont aux mains des caisses nationales et des réseaux. Ensuite, la COG favorise l'innovation régulée et coordonnée car elle est calée sur des objectifs et des résultats attendus sur des champs prioritaires. Elle ne balaye cependant pas l'ensemble de l'activité des caisses et laisse donc des marges de manœuvre. Dans les COG, le terme d'expérimentation est préféré à celui d'innovation, car l'expérimentation paraît plus stable et plus facilement évaluable.

Quelques exemples, la CAF de la Drôme a créé un portail personnalisé avec la direction générale de la modernisation de l'État. Dans le domaine organisationnel, la mutualisation des activités et des fonctions support est essentielle. On peut citer le GIE informatique ORGANIC-CANCAVA, qui a été supprimé de fait par la création du RSI. Une autre innovation intéressante concerne le nouveau métier des délégués d'assurance maladie. Les politiques sanitaires et sociales sont souvent champ d'innovation.

La COG est un moteur de l'innovation car elle aborde de nouveaux sujets. Des politiques sont mises en place comme la politique de lutte contre les fraudes, celle du développement durable ou encore de l'accessibilité des services aux handicapés qui impulsent une nouvelle dynamique. Au-delà des nouveaux sujets, l'innovation peut être issue d'une volonté d'améliorer des dispositifs existants comme le chèque emploi très petite entreprise. Un troisième moteur est celui de la maîtrise des budgets, qui stimule l'innovation et la recherche de la productivité.

La créativité ne doit pas aller à l'encontre des objectifs prioritaires fixés par les COG et ne pas remettre en cause l'égalité d'accès au service public. L'innovation peut être bridée par la contrainte économique.

Est-ce qu'au-delà du dispositif contractuel, les COG doivent instaurer un management partagé de l'innovation entre les branches ? La DSS cherche à conforter l'unité du service public et veille à la cohérence interbranches. Les grandes orientations sont identiques pour l'ensemble des branches et des régimes. Cet objectif nécessite de mettre en place des activités de veille, une impulsion : par exemple, un travail de benchmarking est en cours pour construire des outils d'approche comparative. Il exige de faire vivre un dispositif d'animation. Des réunions régulières ont lieu. L'échange d'innovations nécessite aussi une mise en relation des acteurs. Il existe, par exemple, un club des directeurs des systèmes d'informations qui échangent leurs réflexions autour de leurs expériences. Cet objectif nécessite ensuite une évaluation des expérimentations mais qui n'est pas encore très approfondie. La branche famille a conçu un observatoire des coûts et des performances, sous l'autorité d'un magistrat de la cour. Parfois, certaines expérimentations ne sont pas suivies et donc ni valorisées, ni évaluées. L'innovation nécessite enfin la sécurisation de projets. Ainsi, en 2000, 4 CAF d'Aquitaine ont eu l'autorisation de la DSS de sortir de la réglementation à titre expérimental pour tester de nouveaux formulaires. Autre exemple plus récent, celui relatif aux projets de mutualisation pour lesquels il a paru nécessaire de disposer d'un cadre législatif prévu dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. En Lozère, le projet d'expérimentation d'une caisse multi-branches a également nécessité un support législatif.

Olivier DE CADEVILLE

Toute innovation nécessite un minimum d'autonomie. On ne peut innover si l'on est un simple exécutant. À l'inverse, un climat sans contrainte n'est pas propice à l'innovation. Deux points sont des conditions nécessaires pour transformer l'exigence des COG en un atout pour l'innovation : la ligne doit être claire sur les résultats attendus et permettre ainsi une présentation de l'ensemble des orientations au réseau et l'équilibre entre les objectifs et les moyens doit être présent.

La troisième COG propose deux priorités : la gestion du risque et les services. La question est d'optimiser les ressources pour dégager du temps et des moyens sur ces deux priorités. D'une manière plus générale, est-ce que les objectifs proposés sont atteignables ? La GDR est fortement influencée par des facteurs externes à l'organisme. De l'autre côté, la COG propose un équilibrage convenable objectifs/moyens. L'allocation des moyens, pour être réaliste, nécessite une obligation de responsabilité collective et partagée sur des objectifs nationaux ambitieux. L'exigence de performance incluse dans la COG est bien un moteur.

Philippe SALIÈGES

Si la COG a la bonne tonalité, elle n'a pas forcément la bonne temporalité. En effet, l'outil manque de souplesse sur les moyens. En local, le besoin institutionnel ne doit pas être déresponsabilisant. Or, les besoins sociaux sont multiples, chaque situation peut nécessiter une réponse nouvelle. Il faut alors encadrer ces nouvelles idées et gérer les interactions. L'organisme centralisateur doit coordonner les initiatives locales dans un souci d'efficacité et d'harmonisation.

La temporalité du politique n'est pas la nôtre. Le temps de la réflexion stratégique et de la perspective va au-delà de celui de la COG. Or, il faut laisser une latitude d'actions au développement des innovations s'inscrivant dans un cadre stratégique. Cette marge d'innovation peut enrichir les plans d'actions futurs. La répartition des rôles est claire.

Olivier DE CADEVILLE

La caisse nationale et le conseil décident des orientations stratégiques. La caisse nationale accompagne la mise en œuvre des caisses locales et gère le reporting. L'acteur local est opérationnel. Il doit concrétiser les plans nationaux. Les initiatives locales doivent porter le sens des lignes d'actions nationales. Les marges pour les organismes résident dans les gains de productivité attendus de la réorganisation des moyens et de la poursuite de la dématérialisation des supports. Il existe un dialogue Caisse nationale/Caisses locales au-delà, un travail en partenariat caisse/service médical. Pour la mise en place du « workflow » de DIADEME, les CPAM travaillent avec le service médical. Une vingtaine de caisses sont entrées dans le dispositif d'expérimentation avant la généralisation. Autre exemple, le tiers payant conditionné à la délivrance de génériques a été mis en place dans le sud de la France avant d'être repris et mutualisé par un certain nombre de caisses. La caisse nationale cherche à utiliser au mieux les initiatives locales.

Synthèse des échanges

Des exemples précis d'idées proposées par le terrain et mises en œuvre ont été demandés. À La Poste, une guichetière, photographe amateur, a proposé de mettre à disposition des tables lumineuses pour lutter contre les faux chèques. Des millions d'euros ont été économisés. Un challenge a été lancé pour trouver des astuces pour le développement durable. Un défi nommé « contre toute attente » a permis d'améliorer et de réduire l'attente. Chez IBIS, un réceptionniste devenu aujourd'hui directeur, a proposé d'éteindre les téléviseurs en veille, cela a permis d'économiser au moins 600 000 euros.

Le problème de la frustration de ne pas voir son idée réalisée a aussi été évoqué. Le management doit savoir gérer ces situations. La règle chez Accor, c'est que tout collaborateur ait une réponse sur le devenir de son idée et sur les raisons du refus. Le manager est chargé de gérer cette activité autour de l'innovation dans sa fiche de poste. La partie responsable qualité correspond à 40 % de son temps. Le facilitateur appelé « Innov'acteur » qui présente le dispositif aux nouveaux venus et rappelle aux managers les différents challenges organisés, peut aussi avoir un rôle dans l'explication du refus.

Les stratégies de récompense sont très variables selon les entreprises. Il n'y a pas de recette particulière. Chez Accor, des chèques cadeaux sont distribués. Des récompenses par point peuvent être données selon le prix d'une heure de travail net pour un salaire moyen dans le pays. Certains pensent que la récompense directe tue les idées. Ce qui stimule le plus, c'est en effet de voir son idée réalisée. Pour la Sécurité sociale, le protocole d'accord du 22 juillet 2005 prévoit une évaluation de la capacité à innover dans la rubrique compétences entrepreneuriales.

Conclusion

L'innovation, l'expérimentation et la recherche sont dynamiques au sein de la Sécurité sociale, souvent en avance par rapport à l'administration d'État. Beaucoup d'innovations issues des caisses locales ont porté leurs fruits et ont permis d'améliorer le système. Les COG, sans pénaliser la créativité, ne l'encouragent pas suffisamment car le cadre temporel est trop restreint. Les caisses nationales ont tout intérêt à ce que les innovations locales soient dynamiques pour améliorer les performances du réseau. À cette fin, l'incitation à l'innovation doit être plus forte notamment grâce à de nouveaux dispositifs de récompenses.

Atelier 8 La mesure de la performance

Présidente : Marie-Caroline BONNET-GALZY, *secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales*

Intervenants :

Philippe BARON, *directeur général de VALUTIS*
 Michel BERNARD, *ancien directeur général de l'ANPE*
 François BRUN, *inspecteur général, IGAS*
 Catherine D'HERVÉ, *directrice régionale de l'ANPE Nord-Pas-de-Calais*
 Mathilde LIGNOT-LELOUP, *directrice de l'audit et de la stratégie à l'ACOSS*
 Michel RAFFIER, *directeur chargé de l'évaluation à la CNAF*
 Gérard ARCÉGA, *directeur de la CPAM d'Avignon*
 Marie-Renée BABEL, *directeur de la CPAM de Paris*
 Yves CORVAISIER, *directeur de la CRAM de Lille*

Rapporteurs :

Véronique DEFASNE, *DSS*
 Hélène SAUMITOU-LAPRADE, *élève de la 45^{ème} promotion de l'EN3S*

Les problématiques de l'atelier

Marie-Caroline BONNET-GALZY

La recherche de la performance, évoquée dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG) de toutes les branches, est devenue le quotidien de tous les organismes. Elle conduit à concilier qualité de service et maîtrise des coûts de gestion. Cet atelier est l'occasion de nous interroger sur les contenus et les enjeux de la mesure de la performance. Quels sont les indicateurs les plus pertinents ? Les outils de mesure de la performance doivent-ils servir à l'allocation des moyens ? Les classements des organismes sont-ils utiles ? Pour répondre à ces questions et à bien d'autres, nous procéderons en deux temps : dans une première table ronde, rassemblant des acteurs de chaque branche, nous examinerons les différences et les ressemblances au sein de la sécurité sociale en matière de mesure de la performance. Lors d'une seconde table ronde, des acteurs extérieurs au monde de la Sécurité sociale nous feront partager leur expérience dans ce domaine.

Les interventions

Marie-Renée BABEL

Je voudrais tout d'abord revenir sur la notion de performance et son entrée dans la branche maladie. Longtemps réservée au secteur marchand, il ne s'agissait pas d'un concept naturel au départ au sein de la Sécurité sociale. La contrainte du déficit nous a conduit, dans un premier temps, à travailler sur la réduction des coûts. Autour de 2001, suite à une certaine dégradation du service, l'accent a été mis sur la recherche de la qualité. Depuis 2004, la gestion du risque complète cette démarche de recherche d'un rapport équilibré entre le coût et la qualité du service.

Plusieurs outils permettent d'asseoir une culture de la performance :

- Le contrôle de gestion, qui permet d'inclure tous les déterminants des performances sur l'ensemble des processus. Des tableaux de bord ont ainsi été conçus et rendus publics, au sein du réseau des CPAM mais également à l'extérieur.
- La comptabilité analytique, basée sur une analyse des processus de l'entreprise, permet de vérifier que les moyens alloués à chaque domaine d'activité sont consacrés aux objectifs principaux de la branche.
- La démarche qualité, qui nous a conduit à faire certifier toutes les caisses locales selon une norme ISO. La certification permet de mettre l'ensemble de l'activité sous tension et de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue.

- Le benchmarking, qui consiste à diffuser les bonnes pratiques. Deux approches ont été privilégiées dans la branche maladie : l'élaboration de préconisations d'organisation et la mise en place d'un observatoire des organisations.

Il existe deux types d'évaluation de la performance : celle des processus, des structures et des résultats et celle des hommes. En ce qui concerne la première, les COG instaurent une logique d'engagement fondée sur des indicateurs de résultats. Ces indicateurs sont d'ailleurs utilisés comme mécanisme de calcul des dotations budgétaires et du taux de retour des excédents budgétaires. La performance des structures est également mesurée à travers des enquêtes de satisfaction réalisées tous les ans auprès des assurés et des employeurs et tous les deux ans auprès des professionnels de santé. Les audits de la CNAM complètent ce dispositif de mesure de la performance, de même que les indicateurs d'alerte de la Cour des comptes. En ce qui concerne l'évaluation de la performance des personnes, plusieurs mécanismes sont en place. L'évaluation des personnels se fait sur la base d'objectifs définis en lien avec les indicateurs de la performance de l'entreprise. L'intéressement aux résultats existe depuis 2002, il est calé sur les indicateurs des contrats pluriannuels d'objectifs et de gestion (CPOG). Une prime de résultat peut être attribuée aux cadres lorsque les objectifs fixés sont atteints. Pour les agents de direction, l'individualisation de la rémunération a été mise en place : la part personnelle variable est fixée en fonction d'un contrat d'objectif et d'une évaluation faite, pour les directeurs d'organismes, par les directeurs en charge de l'évaluation à la CNAM.

Je garde deux obsessions concernant la mesure de la performance. Pour moi, la performance n'a de sens que si elle est collective et concerne l'ensemble du réseau. Nous devons aller vers une performance homogène. L'autre obsession est un risque inhérent au sujet qui nous préoccupe aujourd'hui : celui de la bureaucratisation de la performance. L'indicateur ne doit pas valoir uniquement pour lui-même. Il faut garder en tête les vrais objectifs, le sens de l'action et ne pas faire de la culture du résultat, un culte du résultat.

Gérard ARCÉGA

Dans un passé déjà ancien, la seule évaluation qui existait et avec elle sa sanction, l'allocation budgétaire, se mettait en scène dans le cadre d'un colloque singulier entre la caisse nationale et les directeurs. Cette période est révolue et des efforts ont été entrepris pour favoriser la transparence. Dans un premier temps, les coûts ont été mesurés et affichés dans le but de réduire les écarts, notamment avec ce qu'on a appelé dans la branche recouvrement, du temps de M. CHADELAT, la PAB (pluriannualisation budgétaire). Puis, on a enfin mesuré la qualité, ce qui n'a plus permis aux caisses les plus coûteuses qu'elles l'étaient parce qu'elles « faisaient de la qualité ». Aujourd'hui, le fait que les résultats et la performance soient évalués par une batterie d'indicateurs donne une mesure qui semble cohérente. Nous avons désormais une image plus fidèle à la réalité de la qualité de service d'un organisme de sécurité sociale. Il faut saluer la Cnamts, qui sous la conduite de Marie-Renée BABEL, a impulsé une amélioration du service à nos assurés grâce au choix des indicateurs et aux sanctions qui en découlent.

Les sanctions de la performance existent toujours et se sont diversifiées, par exemple : l'allocation budgétaire, l'intéressement, les primes de résultats, la possibilité d'utiliser les excédents dégagés.

La mesure de la performance renvoie à mon sens à une question majeure : qui est responsable du résultat ? Est-ce le directeur, son équipe, le contexte ? Pour moi, le directeur doit assumer le premier ses responsabilités. Dans la mesure où il a la possibilité de changer ses équipes, d'influer sur le contexte, il est le principal responsable des performances de l'organisme qu'il dirige.

Enfin, je pense qu'il est temps de renverser la tendance et de porter une plus grande attention sur l'évaluation de la qualité de service et la gestion du risque plutôt que sur l'évaluation des hommes, de leur management, voire de leur style de management. Il me paraît en effet plus important de se préoccuper prioritairement du sort de nos millions d'assurés plutôt que du ressenti de quelques collaborateurs proches d'une direction.

Michel RAFFIER

Je souhaiterais commencer par rappeler les quelques principes de gestion qui sous-tendent la façon dont la mesure de la performance est appréhendée dans la branche famille. Tout d'abord, la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) entend laisser des marges de manœuvre aux organismes locaux.

Ainsi, chaque CAF doit-elle élaborer un contrat pluriannuel de gestion (CPG) à la suite de la signature de la COG. Au cours d'un entretien avec l'équipe de direction, la CNAF valide les objectifs de chaque caisse locale mais ne se prononce pas sur la manière dont chaque CAF entend atteindre ces objectifs.

Second principe : selon nous, la vraie performance ne peut être que globale et s'apprécie sur la durée. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi d'évaluer la performance en fonction de tout un faisceau d'indicateurs s'appuyant, par exemple, sur le service rendu aux allocataires, la performance économique, la maîtrise des risques, l'appropriation des nouvelles technologies etc.

Pour nous, une bonne CAF est une caisse présentant de bons résultats, équilibrés dans l'ensemble de ces domaines. Nous souhaitons nous situer dans une démarche de progrès collectif.

Dans la prochaine COG, seront mis en place des dispositifs d'accompagnement des caisses en difficultés, des conventions d'entraide et de solidarité entre CAF, des projets de mutualisation. Contrairement à la branche maladie, il n'existe pas de classement des organismes locaux sur la base des indicateurs de performance. Toutefois, chaque caisse a la possibilité de comparer ses résultats avec ceux de CAF semblables, ceux des CAF de la région et ceux de l'ensemble du réseau. Selon nous, la mesure de la performance est avant tout un outil d'une démarche collective de progrès du réseau.

Venons en maintenant à la question des outils utilisés pour mesurer la performance. Dans la branche famille, l'outil principal est le recueil national des données CAF (RNDC). Il reprend vingt indicateurs de résultats, accessibles en permanence à l'ensemble du réseau et prochainement aux DRASS. L'évaluation des directeurs est un outil nouveau dont l'enjeu est très fort au sein de la branche famille comme dans les autres branches. Elle a été confiée aux directeurs chargés de l'évaluation à la CNAF et comporte deux dimensions : la détermination d'objectifs et la vérification que ceux-ci sont atteints et l'appréciation de la maîtrise de la fonction. L'une des difficultés de cette démarche est l'absence de proximité entre la caisse nationale et les organismes locaux. Enfin, les enquêtes de satisfaction menées auprès de nos allocataires sont un outil de mesure de notre performance. En 2004, l'enquête avait concerné 86 000 personnes et avait été confiée à la SOFRES. Les résultats s'étaient avérés très positifs. Une nouvelle étude a été lancée en 2007 selon les mêmes principes.

Ce dispositif actuel de mesure de la performance connaît certaines limites. Les indicateurs quantitatifs ne disent rien de la qualité du service rendu aux allocataires. Pour éviter le risque de la culture de l'indicateur, il me semble important d'avoir des indicateurs nombreux et globaux et de prendre en compte le contexte local dans toute analyse. Pour terminer, je soulignerai une difficulté majeure qui se pose à nous : l'évaluation de la performance, pour être pertinente, doit se faire en continu. Or, la CNAF ne peut pas suivre cent trente structures locales. C'est la raison pour laquelle nous envisageons de déconcentrer l'animation du réseau.

Mathilde LIGNOT-LELOUP

Évaluer la performance suppose au préalable de définir ce qui est attendu, la stratégie et les objectifs : le système d'évaluation de la performance dans la branche recouvrement repose donc sur la COG et les objectifs qu'elle fixe. Ces objectifs tournent autour de quatre axes : la qualité de service, l'efficacité du recouvrement et du contrôle, la performance de la gestion de trésorerie et le coût et l'efficacité de gestion. C'est la combinaison de ces quatre dimensions qui fait la performance. On compte vingt-quatre indicateurs, par exemple le coût de l'euro encaissé (0,36 cts pour les URSSAF / 1,32 cts pour la direction générale des impôts).

En matière d'outils, certains sont semblables à ceux des autres branches : des enquêtes auprès des cotisants pour évaluer la performance perçue, une déclinaison des objectifs de la COG dans les contrats pluriannuels de gestion avec les URSSAF, les objectifs fixés aux directeurs, l'intéressement aux résultats pour l'ensemble des salariés. La branche recouvrement a également quelques particularités. Sur la méthode de déclinaison des objectifs de performance par URSSAF d'abord : les cibles COG à atteindre sont déclinées dans les CPG de façon à tenir compte du contexte local, de la typologie des fichiers et de la situation de départ de l'URSSAF. Certains des organismes ont donc des objectifs plus exigeants que la cible du réseau, d'autres moins et l'évaluation de leur performance tient compte du chemin à parcourir. Une autre particularité concerne l'allocation des moyens qui tient compte de la performance du réseau : elle repose en effet sur un coût cible qui est celui des vingt-cinq URSSAF les plus performantes. C'est en fonction de l'écart par rapport à ce coût cible qu'est fixé, par exemple, le nombre des emplois à ne pas remplacer.

Un certain nombre de points retiennent notre attention. Nous devons veiller à ne pas tomber dans la gestion des indicateurs. Pour cela, il est important de faire la part des choses entre ce qui relève du contexte et ce qui relève de la performance réelle. De même, le palmarès ne prime pas. Il y a toujours des classements possibles mais c'est la démarche de progrès qui nous intéresse : comprendre les résultats, diffuser les bonnes pratiques en rapprochant les indicateurs de résultat sur le métier et les coûts. Enfin, il ne s'agit pas d'être trop raffiné dans la mesure de la performance mais de chercher à ce que celle-ci soit utile pour l'action et le pilotage. Pour cela, il faut privilégier les indicateurs de performance comportant des objectifs à atteindre et faire le choix d'un nombre d'indicateurs limité.

Yves CORVAISIER

Les CRAM ont ceci de particulier qu'elles ont à signer trois CPG (vieillesse, maladie et risques professionnels). Au total, cela fait soixante-douze objectifs à suivre, ce qui n'est pas simple. La richesse et la complexité de ces CPG entraînent des difficultés pour donner du sens et de la cohérence à l'action auprès de l'encadrement. J'ai entrepris dans mon organisme d'élaborer collectivement un projet d'entreprise, qui reprend les grandes lignes des CPG, de façon à ce que le personnel puisse s'approprier l'ensemble de la démarche de la CRAM.

Cette triple appartenance est source de difficultés lorsque les choix des outils de mesure de la performance sont différents d'une branche à l'autre. Les CRAM sont alors prises entre deux approches. Ainsi, la branche maladie a choisi de mettre en place la certification ISO mais n'a pas été suivie par la branche vieillesse. Comment certifier certains services et pas d'autres ? Concernant le risque vieillesse, chaque CRAM peut négocier des indicateurs régionaux ce qui permet de mieux s'adapter au contexte et de valoriser les initiatives locales.

Je souhaite souligner ici l'importance de mesurer la performance en tenant compte du réseau partenaire. En effet, si l'on mesure par exemple des délais de diffusion de documents, il est indispensable de prendre en considération les éventuels retards des partenaires et de mesurer une performance globale. De même, pour la partie maladie, la fonction hospitalière des CRAM est étroitement liée au fonctionnement des ARH. Il est essentiel que dans leur démarche de contractualisation avec l'État, les ARH se voient fixer des objectifs semblables à ceux des CRAM. C'est d'ailleurs de plus en plus le cas. Enfin, je trouve qu'on ne mesure pas assez l'impact des politiques mises en place. La mesure de la performance, c'est aussi l'évaluation a posteriori des choix qui ont été faits.

Marie-Caroline BONNET-GALZY

Nous allons désormais passer à la seconde partie de cet atelier et laisser la place à des personnalités extérieures au monde de la Sécurité sociale afin qu'ils nous livrent leur regard sur l'appréciation de la performance et l'utilité des outils de mesure de la performance pour l'action.

François BRUN

J'ai été chargé d'évaluer la portée de la précédente COG signée entre l'État et l'ACOSS et de faire des propositions pour la prochaine convention. Il s'agissait d'examiner les raisons pour lesquelles les objectifs n'avaient pas été atteints et d'imaginer un horizon plus performant pour les années à venir. La démarche a consisté à faire l'évaluation d'une URSSAF, à en interroger d'autres, puis à faire du benchmarking dans les entreprises privées et les services des impôts et enfin à travailler sur la productivité d'un point de vue plus théorique. Deux constats ont émergé de cette étude : la nécessité de réduire le réseau pour être plus performant, l'impact négatif des changements de la réglementation sur la performance.

De façon plus globale et concernant la mesure de la performance, je ferai deux remarques. La première concerne l'importance des systèmes d'information : sans un système fiable et pertinent, il est impossible de mesurer et d'évaluer. La seconde renvoie au pilotage des organismes ou des entreprises : il est essentiel que l'ensemble des outils de management et de pilotage soient construits autour de la performance.

Michel BERNARD

L'ANPE est une société de service public à laquelle l'État a confié des missions. Elle est constituée d'un réseau de 1 000 points, organisé par régions, et a pour clients les entreprises, les demandeurs d'emploi et l'État.

Pour évaluer la performance, il faut partir de moyens et d'objectifs. À l'ANPE, nous fonctionnons à partir de contrats de progrès qui fixent les objectifs et qualifient et quantifient le progrès grâce à un certain nombre d'indicateurs que nous avons voulu restreint pour plus de clarté (une dizaine). Il est essentiel de veiller à ce que ces indicateurs soient lisibles par tous, les agents mais également les clients. Pour citer quelques exemples, nous utilisons le nombre d'offres d'emploi recueillies, le taux de satisfaction des offres, etc... Ces indicateurs sont déclinés dans toutes les agences en fonction du contexte local. Si les objectifs sont atteints et si la performance est au rendez-vous, cela a des conséquences au niveau de la rémunération collective sous la forme d'un intéressement comportant une part nationale et une part locale.

La performance collective dépend des performances individuelles et notamment de celles des managers. Un bon management est, selon moi, la condition sine qua non de la performance. Des entretiens de progrès sont organisés pour eux tous les ans par leur N+1, des objectifs individuels leur sont fixés. La part individuelle variable de leur rémunération va jusqu'à 30 % pour les directeurs adjoints.

Notre approche de la performance est entièrement tournée vers les clients : ce qui est important, ce n'est pas de mesurer les efforts entrepris ou l'activité réalisée, mais d'avoir de bons résultats. La mesure de la performance doit donc se pencher exclusivement sur les résultats car ce sont eux qui priment pour le client.

Catherine D'HERVÉ

La perte du monopole du placement des demandeurs d'emploi a conduit l'ANPE à renforcer la qualité de son service, à maîtriser ses coûts de gestion et à améliorer son niveau de performance. La démarche instaurée consiste à mettre en œuvre des objectifs impulsés par le haut mais également négociés localement en fonction des résultats antérieurs obtenus et du contexte local. Pour que les salariés s'approprient ces objectifs, il est indispensable que ceux-ci soient lisibles et liés aux actes métier. Chaque agent doit pouvoir les comprendre et voir l'impact de son travail quotidien sur ces indicateurs.

Pour éviter de tomber dans le « culte » du résultat, nous avons parallèlement développé une démarche de certification de la qualité. Cela nous permet de vérifier que l'atteinte des objectifs ne se fait pas aux dépens de la qualité du service rendu et de l'intérêt du client final. La volonté de marier systématiquement performance et qualité de service sous-tend toutes nos actions.

Philippe BARON

Performance et contrôle de gestion sont des synonymes dans le secteur privé. Pour mesurer la performance, un seul indicateur suffit : la marge ou encore le résultat, qui correspond au chiffre d'affaire auquel on retranche les coûts. La qualité de service, les performances individuelles, l'optimisation des processus sont inclus dans ce seul indicateur. L'ensemble des responsables de secteur est évalué en fonction de l'atteinte d'un objectif de marge. Si l'objectif est rempli, leur rémunération augmente (prime, intéressement, etc.). Le rôle du contrôle de gestion consiste à produire les chiffres servant à déterminer la marge, à les expliquer et à conseiller la direction dans ses choix stratégiques. Il est passé d'un rôle de « cost-killer » à un rôle de « business-partner ».

Les entreprises doivent faire face à un certain nombre de difficultés en lien avec le contrôle de gestion. Tout d'abord, la maîtrise des systèmes d'information n'est pas toujours parfaite. Ensuite, un temps encore trop important est consacré à la production des chiffres, ceux-ci sont souvent contestés. Enfin, il est nécessaire d'optimiser le contrôle de gestion et de trouver un équilibre entre le temps qui y est consacré et la plus-value qu'il apporte en terme de pilotage et de prise de décision.

Synthèse des échanges

Un système de mesure de la performance fondé sur un indicateur unique est-il exportable dans les organismes de Sécurité sociale ?

Les participants se sont interrogés sur la pertinence de passer dans les organismes de sécurité sociale à un indicateur unique qui se rapprocherait de la marge pour les entreprises privées. Cet indicateur aurait le mérite d'être unique, global ce qui faciliterait les comparaisons et la mobilisation des équipes. La marge est un indicateur qui n'a pas tellement de sens pour des organismes de sécurité sociale, mais il est envisageable de le réinventer.

Pourtant, il apparaît difficile pour beaucoup de résumer la performance des organismes de sécurité sociale à un seul indicateur. En outre, la notion de marge est liée au monde de la concurrence. La concurrence apporte certaines garanties notamment en matière de qualité de service : si le service n'est pas bon, la clientèle part. Or, la situation de monopole des branches de la Sécurité sociale fait qu'il existe un risque de dégradation de la qualité de service si la mesure de la performance se limite au calcul de la marge.

Un indicateur unique ne semble donc pas répondre à l'ensemble des problématiques rencontrées par les organismes de sécurité sociale en matière de mesure de la performance. À l'inverse, un trop grand nombre d'indicateurs est un frein à la qualité du pilotage. Les indicateurs gagneraient à être moins nombreux, plus simples, et à avoir du sens à la fois pour les agents et les usagers des services publics.

Comment les allocataires sont-ils associés à l'élaboration des COG ?

Certains participants, qui soulignaient la pertinence d'une approche client de l'évaluation de la performance, regrettaient le manque d'association des allocataires dans l'élaboration des COG.

La difficulté de la sécurité sociale par rapport au secteur privé réside dans la multiplicité des acteurs : ceux qui paient le service ne sont pas ceux qui en profitent. Il apparaît délicat d'associer tout le monde. Toutefois, il a été souligné que plusieurs catégories d'acteurs étaient écoutées dans les phases amont de l'élaboration des COG. Celle de la branche recouvrement, par exemple, est en partie le fruit des réflexions de groupes d'écoute répartis par segments de cotisants. Il a également été rappelé que les conseils d'administration, représentant les clients du service public, étaient des acteurs majeurs de la signature des COG.

La comptabilité analytique est-elle un outil pertinent de mesure de la performance ?

Mise en place depuis 2004 dans la branche maladie, la comptabilité analytique rend compte des progrès en terme de qualité et de coût pour tous les processus. Elle permet de s'assurer que l'allocation des moyens est en phase avec la stratégie et que, par ensemble d'activités, on accorde bien les moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés. Par exemple, en maladie, il apparaît pertinent de transférer les personnels vers les services de gestion du risque, au détriment de la production qui est largement automatisée. La comptabilité analytique permet de mesurer ce type d'action.

La comptabilité présente des limites pour certains participants. D'une part, elle est largement déclarative et d'autre part, dans cet exemple précis, elle favorise les caisses qui avaient trop d'effectifs car il est plus facile pour elles de basculer du personnel de la production aux services de gestion du risque.

Les organismes de Sécurité sociale se préoccupent tous quotidiennement de la mesure de leur performance. Sous l'impulsion de leur caisse nationale et de la démarche de contractualisation d'objectifs avec l'État, cette évaluation s'homogénéise et permet les comparaisons. À ce titre, leur démarche n'est pas très éloignée de celle d'autres services publics, comme celui de l'emploi par exemple. Au regard des débats, il apparaît essentiel de limiter le nombre d'indicateurs, de privilégier des indicateurs simples, qui font sens, qui soient axés sur les résultats et utiles au pilotage.

Atelier 9 La responsabilité sociale de l'institution

Présidente : Nicole NOTAT, *présidente de Vigeo*

Animateur : Jean-Michel LOBRY, *journaliste*

Intervenants :

Philippe RENARD, *directeur de l'UCANSS*
 Alexandra PALT, *directrice de la promotion de l'égalité de la HALDE*
 Patrick WIDLOECHER, *directeur du développement durable de La Poste*
 Agnès AUDIER, *ingénieur des mines, administratrice de la CNAF*
 Liliane ROPARS, *directrice de la CPAM des Alpes de Haute-Provence*

Rapporteurs :

Anne MOUTEL, *DSS*
 Sébastien ARNAUD, *élève de la 45^{ème} promotion de l'EN3S*

Les problématiques de l'atelier

Nicole NOTAT

Le concept de responsabilité sociale vient des grands défis lancés par l'objectif de développement durable, selon lequel la satisfaction des besoins d'une génération ne doit pas hypothéquer ceux des générations futures. Ce concept participe aussi au décloisonnement de la pensée en jetant des ponts entre plusieurs préoccupations trop souvent isolées les unes des autres : l'efficacité économique, la responsabilité sociale, les enjeux environnementaux et « l'efficacité publique », entendue comme un ensemble d'institutions politiques et administratives capables d'assumer leurs missions. Le grand changement vient ainsi de cette volonté de tisser des liens entre ces quatre grandes fonctions qui se nourrissent l'une et l'autre.

En la matière, la Sécurité sociale est comme M. JOURDAIN : elle fait déjà beaucoup de choses sans le savoir. Tout n'est donc pas à inventer, il y a des acquis dont il faut prendre conscience. En tant qu'institution porteuse de valeurs, elle doit néanmoins réinterroger son engagement à l'aune de cette complémentarité entre l'efficacité économique et sociale, puis traduire cette responsabilité sociale en objectifs managériaux propres à s'incarner dans la réalité et le quotidien de l'entreprise.

La responsabilité sociale n'est pas un exercice de compassion, ni une bonne action, c'est un mécanisme qui doit dynamiser l'institution et devenir l'affaire du management et des dirigeants. Il faut donc dépasser la proclamation d'un simple code d'éthique ou d'une charte de valeurs, pour considérer la manière dont on organise les relations avec les différentes parties prenantes, syndicats, associations ou territoires. C'est un engagement managérial à part entière qui, dans une démarche d'objectif/résultat, doit être décliné en plan d'actions et faire l'objet d'un suivi étroit au travers d'indicateurs.

Au-delà des déclarations de principe, la responsabilité sociale de l'institution doit donc se traduire par la recherche d'un nouveau fonctionnement qui permette de faire durablement du développement. Le défi social tient dans la capacité de chacun à apporter depuis la place où il est et sans changer de mission, sa pierre à l'édifice.

Les interventions

Liliane ROPARS

La CPAM de Digne est aujourd'hui engagée, dans le prolongement de la certification qualité, dans une démarche de développement durable réalisant la synthèse entre les contraintes économiques, sociales et environnementales. Un référent projet a été chargé de conduire cette entreprise et un consultant extérieur nommé pour accompagner la caisse sur la durée du CPG. Leur première tâche a consisté à réaliser un autodiagnostic en vue de mieux situer les points forts et les axes de progrès de l'organisme. Ce travail devrait désormais permettre d'identifier des outils de pilotage qui soient fédérateurs à la fois pour le personnel et pour les partenaires sociaux.

Ce projet a reçu une adhésion immédiate de la part des agents de direction, de l'encadrement ou du personnel car il est porteur de sens dans un contexte où les restructurations de réseaux génèrent de l'inquiétude. Il tend même à devenir un élément de solidarité et de fierté locale qui pourrait s'avérer déterminant pour pérenniser de bons résultats obtenus à moyen terme. Qui plus est, le coût de cette démarche devrait être intégralement compensé à moyen terme par les économies tirées de la réduction des factures de consommation courante.

Alexandra PALT

La gestion de la diversité dans l'environnement de travail doit permettre à chaque personne de contribuer, avec ces différences, à l'efficacité collective. Or, le constat dressé en matière de discriminations par la haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) est à cet égard préoccupant. L'origine reste à ce jour le critère le plus souvent invoqué à l'appui des requêtes soumises par les victimes de discrimination. Ce résultat est d'ailleurs corroboré par les méthodes dites de *testing*. En revanche, l'autocensure sur les problèmes de discrimination est très présente chez les femmes. Au-delà des inégalités salariales, elles sont pourtant souvent victimes du « plafond de verre » caractérisé par une moindre féminisation des postes à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie.

Paradoxalement, la discrimination est souvent un phénomène non intentionnel qui se nourrit de la reproduction d'un système de recrutement, de promotion ou d'accès à l'information préexistant. La culture du présentisme, qui tend à lier performance et disponibilité des cadres, défavorise par exemple les employés ayant une charge de famille. De même, sous couvert d'objectivité, le mécanisme du concours peut également générer des inégalités en ciblant les épreuves sur une catégorie précise de la population. Par conséquent, les seules intentions ne peuvent suffire à résorber ces inégalités sans révision des méthodes et habitudes, car le phénomène est insidieux et se prête facilement au déni.

Dans cette optique, la HALDE s'attache à développer des outils pratiques (un cadre de référence, un guide de bonnes pratiques, une formation *e-learning* à destination des managers, etc.), qu'elle met à disposition de tous sur son site internet (<http://www.halde.fr>).

Philippe RENARD

Les enjeux du développement durable ont fait l'objet d'une prise de conscience croissante dans l'institution. En témoigne, la récurrence dans chacune des COG de thèmes tels que la prise en compte des exigences du développement durable ou le nécessaire enrichissement de la politique RH. Le plan cadre 2007-2010 de l'UCANSS en matière développement durable répond ainsi à une volonté forte des pouvoirs publics et doit permettre de passer de l'intention de l'action, d'expériences locales empiriques à une démarche globale et organisée. Il comprend un volet environnemental et un volet social.

En matière d'environnement, le plan d'actions pose un double principe. « L'éco-responsabilité », d'une part, vise à faire évoluer les modes de gestion et les pratiques, en fixant des objectifs chiffrés de réduction de la consommation d'eau et d'énergie, de recyclage du papier ou de traitement des déchets. Il prône aussi l'insertion de clauses environnementales dans les marchés d'achats et de travaux, la prise en compte des critères écologiques dans le renouvellement de la flotte automobile ou le développement des réunions et formations à distance. « L'éco-management », d'autre part, a pour ambition de changer les mentalités et les comportements au travers d'actions de formation, de communication, de sensibilisation. Il se traduira également par la réalisation d'un rapport annuel interbranche sur le développement durable.

Dans le domaine social, le plan cadre s'inscrit davantage dans le programme de négociations habituel de l'institution. Il entend, en particulier, réaffirmer le refus de toute forme de discrimination au recrutement ou durant la vie professionnelle, favoriser l'insertion en intégrant des clauses sociales dans certains marchés et développer la santé et la sécurité au travail en encourageant la prévention.

Patrick WIDLOECHER

Le projet d'inscrire le management de La Poste dans une perspective de développement durable est apparu il y a quatre ans à la Poste. Il part du constat que le développement durable est pour une entreprise un véritable levier pour renforcer son efficacité économique. Les meilleures solutions naissent aussi de la confrontation des cultures comme dans la mixité où les femmes dans leur façon propre de gérer leur temps ou d'organiser leur travail est un facteur d'efficacité économique. Le développement durable est aussi un levier d'innovation, de réduction des coûts et parfois de recettes nouvelles.

Dans la mesure où les enjeux qu'il véhicule sont largement partagés, il s'est en outre imposé comme un élément de motivation du personnel et de consensus interne possible avec les partenaires sociaux. En terme d'image, il est enfin un facteur d'attractivité pour les jeunes talents qui souhaitent réconcilier leur travail avec leur engagement citoyen en privilégiant les entreprises socialement responsables et il devient au quotidien de plus en plus un atout concurrentiel.

Le développement durable est donc avant tout un changement culturel qui ne doit pas être présenté et vécu comme une tâche supplémentaire par les managers. Il s'agit pour eux d'un moyen efficient pour atteindre plus vite et dans de meilleures conditions leurs objectifs professionnels. Les managers et dirigeants doivent donc être les premières cibles des actions de sensibilisation car ils sont garants et moteurs de la démarche. À la Poste, les critères d'évaluation de l'encadrement vont reposer en partie sur des objectifs de responsabilité sociale.

Le développement durable est la forme moderne du service public dans la mesure où il conduit, face à une alternative, à privilégier une vision de long terme sur les enjeux immédiats. Par exemple, le surcoût initial lié au développement et à l'achat de véhicules électriques au sein de la Poste a pu être entièrement couvert par l'obtention de crédits de l'État français et l'Union européenne via les régions. De même, la formation dispensée aux agents pour favoriser une conduite des véhicules plus souple a été largement rentabilisée par des économies corrélatives réalisées en matière de consommation de carburant. Le développement durable s'appuie aussi sur des notions communes avec le service public comme la solidarité et l'intérêt général.

Agnès AUDIER

Dans le cadre d'une mission de l'inspection des finances menée par Jean-Baptiste de FOUCAULD et moi-même, un plan d'action est en cours d'élaboration pour développer dans la sphère publique les achats publics socialement responsables. Contrairement à d'autres thèmes évoqués dans cet atelier, le sujet des clauses sociales ne suppose pas nécessairement des changements de comportements profonds de tous les collaborateurs : ce qui est indispensable, c'est une volonté des dirigeants.

Le développement des clauses socialement responsables s'inscrit aujourd'hui dans un contexte favorable, dont voici quelques éléments.

1. Au plan réglementaire, le nouveau code des marchés publics, paru en août 2006, prévoit la possibilité d'introduire des clauses sociales et environnementales.
2. La loi du 11 février 2005 relative au handicap renforce les pénalités pour non-respect des obligations d'embauche de salariés handicapés, et rend plus attractives une des modalités qui permet de diminuer les pénalités financières associées : les achats à des entreprises adaptées ou des établissements de service d'aide par le travail (ESAT).
3. Des expérimentations des clauses dites « article 14 », qui encouragent l'insertion des personnes éloignées de l'emploi, ont été menées par une centaine de collectivités locales et indiquent un très fort potentiel.
4. Les tensions sur le marché du travail dans des secteurs tels que la restauration ou le BTP contribuent à rendre les entreprises plus ouvertes à des dispositifs permettant de faire revenir sur le marché du travail des personnes que la vie en avait éloignées.
5. Enfin, on observe un mouvement de professionnalisation des achats dans le secteur public, avec la mise en place d'équipes et de procédures dédiées, ce qui favorise l'introduction de clauses sociales.

Plus précisément, le nouveau code des marchés permet d'ajouter aux critères classiques de prix et de qualité des achats, une dimension de responsabilité sociale supplémentaire au travers principalement de quatre articles.

- L'article 14 qui permet d'introduire dans le marché des clauses d'exécution des marchés, imposant l'embauche de personnes éloignées du travail pour, par exemple 5 % des heures prévues par le contrat.
- L'article 15 qui offre la possibilité de réserver un marché à une entreprise adaptée ou un ESAT. Il s'agit de structures embauchant très majoritairement des personnes handicapées.
- L'article 30, qui concerne les marchés de services de qualification et d'insertion professionnelle.
- L'article 53-1 qui permet notamment d'introduire des critères de performance de l'entreprise en matière d'insertion.

À noter que, d'un maniement juridique difficile, ces deux articles requièrent toutefois l'acquisition préalable d'une bonne expérience dans l'utilisation des articles 14 et 15.

S'appuyant sur ces fondements juridiques, la mission a élaboré un plan d'actions qui s'attache à mobiliser les acheteurs publics, à former, informer et diffuser des outils pratiques, à convaincre les fournisseurs, et à faciliter le rôle de « gestionnaires de clauses sociales » qui joue le rôle de facilitateur dans les entreprises.

La mission a conduit à l'élaboration d'un guide de l'achat socialement responsable, prochainement disponible sur le site du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie.

Synthèse des échanges

Le développement durable dans l'institution

Les organismes de Sécurité sociale n'ont aujourd'hui pas à rougir de leur positionnement sur les problématiques de gestion de la diversité. Avec une réalité démographique assez proche de celle de leur territoire d'intervention, qu'il s'agisse de zones rurales ou de zones urbaines en difficulté, ils ont longtemps eu un coup d'avance en la matière, sans pour autant savoir communiquer sur ce qu'ils faisaient. La nécessité qui se fait jour actuellement est donc de rendre plus visible ses actions et de s'améliorer sur des domaines comme le handicap ou les seniors, où ils demeurent plus lacunaires. De même, l'institution, riche de nombreuses expériences locales, s'est lancée dans la gestion de la diversité de manière disparate et isolée. L'enjeu est désormais de passer à une démarche pilotée, de plus grande ampleur et qui sera étroitement suivie par les pouvoirs publics.

L'emploi des seniors

La capacité de l'institution à dégager des emplois offrant des niveaux de responsabilité et de rémunération adéquats reste problématique. Il paraît en effet peu rentable, pour les deux parties, de former les seniors nouvellement embauchés pendant 12 mois aux emplois techniques qui constituent son cœur de métier. Les récents recrutements de seniors réalisés dans la branche retraite pour faire face au surcroît d'activité montrent néanmoins que la chose est possible et ont, de plus, un caractère pédagogique. Reste qu'au-delà du recrutement, il existe des marges de progrès en matière de maintien des seniors dans l'emploi, au travers notamment de la formation tout au long de la vie.

L'emploi des personnes handicapées

Malgré l'existence d'une obligation légale d'emploi des personnes handicapées à hauteur de 6 % des effectifs, des difficultés subsistent en termes de qualification, puisque la plupart des embauches dans l'institution se font à Bac + 2, d'aménagement des postes de travail et dans la possibilité de bâtir des parcours professionnels. La réflexion doit donc s'orienter sur l'accès à la formation ou la meilleure exploitation des possibilités ouvertes par la loi, par exemple en sous-traitant certaines tâches à des ateliers protégés.

Les facteurs clés de réussite

Le succès d'une démarche de développement durable demeure conditionné par plusieurs pré-requis :

- l'inscription dans la réalité managériale de l'entreprise : pour devenir effective, la responsabilité sociale doit être précocement traduite en process, en éléments de *reporting* et d'évaluation, fiabilisés et éprouvés sur le terrain, en actions de progrès hiérarchisées qui permettent de piloter la démarche, de connaître le degré d'engagement réel de l'entreprise et de déclencher des actions correctives ;
- l'appropriation des enjeux par tous : s'il est impératif que les dirigeants soient garants et moteurs de la démarche, le développement durable n'est néanmoins pas une « chasse gardée » puisque ce thème doit se trouver au fondement d'un renouvellement de la relation entre l'institution et ceux qui la font vivre (salariés, partenaires sociaux, etc.) ;
- l'affranchissement partiel de la contrainte financière : le coût que génère le lancement et le suivi d'une telle démarche peut être en grande partie autofinancé par les économies de fonctionnement qui en découlent et par l'exploitation des filières de financement du développement durable ;

Atelier n° 10 L'offre de services à destination des publics les plus fragiles

Président : Bertrand FRAGONARD, *président de la 2^{ème} chambre à la Cour des comptes*

Intervenants :

Bernard DREYFUS, *délégué général du Médiateur de la République*
 Christophe AUXERRE, *secrétaire national du Secours populaire français*
 Philippe WARIN, *directeur de recherche au CNRS, créateur de l'Observatoire du non-recours aux droits et services*
 Jean-Charles SLAMA, *directeur de la CAF de Marseille*
 Bruno LACHESNAIE, *sous-directeur, direction de l'action sanitaire et sociale et des services aux personnes, CCMSA*
 Donald GOLDIE, *directeur de la CRAM de Rennes*
 Carole ROMANN-LAIGNEL, *directrice adjointe de la CPAM de Valenciennes*

Rapporteurs :

Céline PERRUCHON, *adjointe du bureau 2A, DSS*
 Marie-Josée GOMBERT, *élève de la 45^{ème} promotion de l'EN3S*

Les problématiques de l'atelier

Bertrand FRAGONARD

Cet atelier permettra d'évaluer la façon utilisée par les caisses d'instiller les politiques définies dans les COG en direction des populations fragiles et jusqu'où elles interviennent dans ce domaine. Les fonds de secours et les aides individualisées gérés par les caisses de sécurité sociale ne sont pas abordés. Le thème de « l'offre de services à destination des publics fragiles » est devenu aujourd'hui un élément important. Pour comprendre cet élément, il est important de revenir sur l'histoire.

C'est en effet, dans les années 1970-1980, plus précisément en 1981, que le rapport OHEIX met l'accent sur le thème nouveau de la « précarité » suivi la même année d'un ouvrage de Lionel STOLERU, *Vaincre la pauvreté dans les pays riches*, remettant alors au goût du jour le vieux concept de pauvreté. Puis les années 1980 font apparaître une nouvelle pauvreté avec notamment l'émergence de publics de plus en plus nombreux et fragiles présentant plusieurs caractéristiques : inaptitudes à gérer des procédures administratives complexes, conditions de vie précaires ou déjà installés dans ce statut de précarité. Rajoutons qu'ici, l'instabilité de leur statut social peut facilement amener vers la rupture. Aujourd'hui, vu le contexte socio-économique, les ménages se trouvant dans une situation de précarité appartiennent le plus souvent à une catégorie de personnes d'âge actif.

On peut donc dire que les caractéristiques des 20 dernières années sont essentiellement la diminution de la pauvreté chez les personnes âgées avec la revalorisation des pensions de retraite et la mise en place d'un minimum vieillesse, mais qu'en revanche, on assiste à une progression du nombre de ménages en situation de pauvreté dont la moyenne d'âge se situe majoritairement autour de l'âge adulte. Ces personnes sont alors identifiées comme fragiles car elles ont une relation de dépendance dans leur vie quotidienne aux prestations sociales qui représentent une part importante des revenus familiaux, ce qui les rend mal à l'aise dans les différentes procédures. Elles ne trouvent pas leurs marques dans une société où la législation est souvent mal faite et complexe.

Il est important de préciser au vu de ces éléments que l'atelier ne traitera pas de la réforme potentielle de la législation, domaine hors champ des caisses de sécurité sociale, sachant cependant que ces dernières peuvent faire remonter dans le cadre de leurs expériences des dysfonctionnements et contribuer ainsi à l'amélioration du dispositif législatif ou réglementaire. Il existe bien des périmètres importants dans lesquels les caisses peuvent déployer des politiques spécifiques. Toutefois, un constat peut être fait : quand les recettes alimentant les organismes sociaux vont mal, l'État est tenté de cibler une baisse ou de restreindre l'accès à certaines prestations. Les caisses doivent s'inscrire dans un schéma historique où les prestations sont de plus en plus ciblées et plus difficiles à gérer. Surtout, il est aujourd'hui plus difficile d'accéder à certaines de ces prestations et de s'y maintenir pour les populations fragiles.

L'atelier vise à répondre à deux principales questions : quel point peut être fait aujourd'hui sur l'accueil des populations fragiles mis en place lors des COG pour assurer une continuité des droits et des paiements ? Quelle politique de prospection active est menée par les caisses de sécurité sociale pour définir et proposer de nouveaux services notamment de conseils répondant aux besoins des personnes fragiles ?

Les interventions

Christophe AUXERRE

La fragilité n'est pas seulement l'exclusion mais touche un public diversifié aujourd'hui à savoir, les jeunes, la femme seule avec enfants et les personnes âgées. Le Secours populaire reçoit ainsi dans ses permanences d'accueil des personnes en situation de fragilité, ce qui n'est pas un statut en soi. On doit plus parler de processus qui conduit aujourd'hui à l'exclusion. Les équipes du Secours populaire voient des gens en situation de travail mais confrontés à des difficultés financières et ayant comme demande initiale des colis alimentaires. Les équipes recevant ces personnes doivent se poser, savoir écouter et prendre le temps de comprendre. Les problèmes des personnes fragiles sont la plupart du temps plurifactoriels (loyer en retard, allocations non touchées, etc...). Le Secours populaire est alors là pour « pousser les portes », débrouiller les situations administratives complexes et sont ici des avocats, des accompagnateurs. Ils font le point sur le droit et tentent de comprendre pourquoi certains échelons des différents dispositifs ont failli. La fragilité est un processus de dégringolade et est associé souvent à de l'isolement dans la société, les personnes n'ont plus accès aux réseaux tant personnels qu'institutionnels.

Il s'agit alors d'activer tous les leviers possibles par différents moyens : un temps d'écoute important permettant de reconnaître l'individu et de le remettre sur pied, un accompagnement dans les procédures administratives, une aide pour permettre à la personne de se déplacer et l'analyse des effets de « seuils » produits par certaines allocations sociales.

Bernard DREYFUS

Il est important tout d'abord d'indiquer que le Médiateur de la République n'intervient théoriquement qu'en « bout de course » c'est-à-dire quand toute démarche préalable est réalisée. Les personnes souhaitant le solliciter peuvent soit s'adresser à l'un de ses délégués en département ou à un parlementaire. On constate qu'aujourd'hui, 80 % du travail des services du médiateur provient du travail des délégués départementaux. Ces délégués sont des bénévoles et tiennent des permanences soit dans des préfectures ou des maisons du droit implantées dans des zones urbaines sensibles et sont au nombre de 270 aujourd'hui sur le territoire national. Les missions de ces délégués sont dans les faits pour moitié de l'information sur les droits, de la réorientation des dossiers et du public les sollicitant.

Les délégués se heurtent souvent au manque de polyvalence des personnels d'accueil des organismes de sécurité sociale ou des divers services sociaux. L'information transversale en « front office » n'est pas faite dans les meilleures conditions. Une formation serait pertinente afin de répondre à ces situations complexes. Cette approche polyvalente ne se retrouve pas non plus dans la formation de base des instituts régionaux de formation en travail social ce qui est dommageable.

Le public sollicitant les services du médiateur a changé. Avant, jusqu'à il y a 5 ans environ, une majorité de personnes avait des problèmes de conflit ou d'absence de droits.

- Des ruptures de droits ou des conflits de droits : par exemple, en cas d'arrêt de travail d'un salarié, deux médecins peuvent avoir un avis contradictoire. Ainsi, l'un, le médecin du travail, déclarera inapte le salarié à la reprise du travail, l'autre, le médecin généraliste, le déclarera apte à reprendre le travail. Ce qui peut avoir pour conséquence une rupture du versement des indemnités journalières.
- Des absences de droit : par exemple, les victimes de l'amiante ayant été exposées au cours de leur activité professionnelle passée et pour lesquelles aucune prise en charge n'était prévue par la législation en cas de changement d'employeur.

Aujourd'hui, les délégués assistent à une évolution des demandes. Les problèmes qui leur sont posés sont plus complexes. À titre d'exemple, les problèmes posés par la mobilité professionnelle dans le cadre d'un travail transfrontalier ou un séjour de travail à l'étranger qui ne permettent pas d'ouvrir des droits sociaux sont de plus en plus nombreux. Il en est de même par rapport aux droits de pension de vieillesse pour des salariés ayant eu une mobilité familiale avec 3 ou 4 mariages. Les dossiers de plus en plus complexes doivent être traités à l'unité avec une approche de type pluri problématique. Ceci nécessite de l'écoute, du temps. Aujourd'hui, les travailleurs sociaux les plus à même de répondre à ce type de problématique sont les conseillers en économie sociale et familiale ayant une formation plus polyvalente et qui savent chercher la bonne personne spécialiste.

Enfin, la standardisation des procédures, l'industrialisation des processus, pour les accueils téléphoniques de « type plateforme téléphonique » notamment avec un numéro unique à appeler, est facturé souvent très cher pour ces personnes qui appellent, la plupart du temps, avec un téléphone portable. Les coûts des communications sont en effet surtaxés.

Philippe WARIN

M. WARIN est le créateur de l'ODENORE : l'Observatoire des non recours aux droits et services. Les différentes enquêtes menées démontrent une forte prévalence du non-recours aux droits et services lorsque les publics sont en situation de désaffiliation. Cela signifie que l'accès aux droits, au cœur des objectifs de la protection sociale, n'a rien de systématique, en particulier pour les personnes en situation d'isolement ou de repli social (c'est ce que Philippe WARIN explique dans *L'accès aux droits sociaux*, Presses Universitaires de Grenoble, janvier 2007). La question de la fragilité sociale doit par conséquent prendre en compte l'isolement social (absence de soutien) dû aux parcours de vie et aux biographies psychologiques. Ce sont là autant de dimensions que l'ODENORE tente de mesurer et d'intégrer dans l'explication d'ensemble du phénomène du non-recours aux droits. Les publics fragiles ne se définissent pas simplement par des niveaux de revenus – c'est ce que l'on a encore tendance à penser et à faire – mais aussi par rapport aux vécus des personnes. En particulier, le phénomène de désaffiliation est essentiel ; c'est ce qu'a dit de façon remarquable Robert CASTEL (directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales) dans son ouvrage *Les métamorphoses de la question sociale* (Fayard, 1995, réédition Folio 1999) et dans d'autres écrits. En quelque sorte, l'analyse de la fragilité sociale a besoin d'une casuistique, tout autant qu'elle rend nécessaire l'innovation statistique (car les acquis de différentes disciplines peuvent permettre d'établir des échelles de mesure de la fragilité sociale qui prennent en compte au-delà des caractéristiques habituelles les éléments centraux du soutien social, du capital social, des biographies psychologiques).

Ceci dit, l'accueil du public fragile pose la question du besoin d'accompagnement vers les droits de certaines personnes. De certaines personnes dit-on, car ce n'est pas la fragilité économique qui à elle seule empêche d'être « un usager comme un autre », c'est-à-dire ici d'avoir des difficultés pour accéder à ses droits. Par exemple, le numéro 86 de la revue « Recherche et prévisions » de la CNAF analyse le rapport de 500 allocataires bénéficiaires du RMI, public considéré comme fragile, avec les caisses d'allocations familiales face aux nouvelles formules de communication par internet. Il note que les rapports se font sans difficultés hormis pour les allocataires se trouvant en situation d'isolement. Ces résultats – et d'autres – indiquent que la fragilité doit être mesurée avant tout aux difficultés des personnes pour agir sur le cours des événements. Cela ne signifie pas qu'il faut se désintéresser des problèmes économiques des gens, bien au contraire, mais que ces problèmes deviennent totalement handicapant quand les personnes n'ont pas ou plus la capacité d'accéder en particulier aux prestations sous conditions de ressources (ciblage) et de plus en plus souvent de comportements (activation). Il y a là une véritable dualisation des publics fragiles qui oblige, nous semble-t-il, à cibler ou personnaliser le travail de l'action sociale sur des publics spécifiques qui n'ont pas les ressources sociales et psychologiques suffisantes pour agir par eux-mêmes pour l'accès à des droits. Sur le plan de la gestion des organismes sociaux, cela pose la question de la définition et de l'orientation des moyens (personnels, métiers). Soit, par exemple, la question de la redistribution des gains de productivité et des économies que l'on peut tirer d'une « @-administration ». Dans le même numéro de cette revue, l'exemple belge de la « Banque Carrefour de la Sécurité Sociale » montre l'amplitude des économies possibles.

En suivant les différentes questions posées, d'autres observations peuvent être faites de façon très synthétique à partir de l'expérience de l'ODENORE :

- Sur la continuité des paiements, notre étude récente, expérimentale, avec des CPAM, la CNAMTS et le Fonds CMU, sur la non-continuité entre droits sociaux indique que des pourcentages non négligeables d'allocataires du RMI sans complémentaire CMU, n'ont aucune autre complémentaire. Non seulement la possibilité donnée par la loi aux allocataires du RMI de bénéficier gratuitement d'une complémentaire maladie est très loin d'être mise en œuvre (or dans ce cas, quelle est l'effectivité de l'offre à destination des publics fragiles ?), mais en plus cette expérimentation (présentée dans le 3^{ème} rapport d'évaluation de la CMU) montre clairement que les données disponibles aujourd'hui ne permettent pas de mesurer systématiquement et régulièrement la continuité entre droits.

En tout état de cause, les organismes sociaux sont incapables de suivre de façon précise et continue l'application des droits sociaux. Le problème de non-continuité des droits renvoie ici comme de très nombreux autres cas, à un problème majeur d'information sur les publics fragiles. En particulier, nous ne disposons d'aucune donnée régulière, sur le non recours (écart entre population éligible et population éligible bénéficiaire). On contrôle les indus (droits trop versés), à l'inverse on ne suit pas les non-recours (droits non versés, partiellement ou totalement, temporairement ou définitivement, etc...). Il est nécessaire de contrôler les indus ; c'est de bonne gestion publique. Mais ce l'est tout autant de s'assurer que les publics éligibles bénéficient bien de tous leurs droits. Or par exemple, l'ODENORE a montré dans le cas de CAF que pour 1 € d'indus il y a 3 € de droits non versés (ce que l'on appelle du « non-recours frictionnel »). Là aussi le suivi des droits pourrait encore être amélioré. Le travail d'observation mené dans le cadre d'un programme de recherche scientifique sur le non recours aux droits démontre que l'on peut produire des données fiables et indique des méthodes ; mais cet investissement expérimental original, en partenariat, n'est pas suffisamment pris en compte. On n'a pas cette culture nord-américaine d'une recherche scientifique associée aux besoins de connaissances et de méthodes des acteurs sociaux, alors que l'on peut très bien l'adapter tout en préservant les intérêts des uns et des autres, universitaires et acteurs administratifs.

- En matière de prévention, la pro-activité semble pouvoir provenir des systèmes d'information sur les publics vulnérables. Des réseaux d'alerte ont été mis en place par endroits, à l'initiative d'organismes sociaux en lien avec des services sociaux locaux et des associations. Ils permettent de mieux identifier les publics les plus éloignés de leurs droits et d'entreprendre de façon dynamique des processus de retour vers les droits sociaux. Les PARADS (points d'accueil en réseau pour l'accès aux droits sociaux), lancés par le DGAS, ont repris l'idée et tendent aujourd'hui à généraliser ce type de dispositif partenarial. Là encore, que savons-nous des PARADS, au-delà du nombre de points créés (ce qui répond à l'indicateur d'activité qui a été au final inscrit dans l'évaluation du programme 177 des politiques en faveur de l'inclusion sociale, mission solidarité et intégration de la LOLF) ? A-t-on fait une évaluation des impacts de PARADS sur la connaissance qu'ont les acteurs des publics et sur l'effet de l'information partagée sur l'amélioration de l'accès aux droits ? Non. Dans ce cas, quelle prévention peut-on avoir si pour les actions ou dispositifs mis en œuvre pour faciliter l'accès aux droits, on ne dispose d'aucun outil d'évaluation et de pilotage ?
- Enfin, la question sur « les investissements pour éviter le non-accès » posant la question de sa mesure et de la recherche qui pourrait permettre d'y voir plus clair peut trouver une réponse dans le type d'initiative que nous avons prise avec l'ODENORE. Il ne s'agit pas de revendiquer la dépose d'un modèle de collaboration entre recherche et action, mais il est bien certain – c'est notre point de vue et avant tout notre expérience – qu'il ne peut pas y avoir de recherche sur l'accès ou le non-accès sans un dispositif de travail de recherche impliquant aussi les acteurs institutionnels et associatifs. À chacun son métier ; seulement il ne peut y avoir de travail de recherche sur ces sujets qui soit utile pour l'action, sans effort systématique de production d'informations. Or cet effort ne peut être produit sans un partenariat actif avec des acteurs qui disposent d'informations disponibles ou pouvant être constituées. Toute la démarche de l'ODENORE repose sur cette relation de travail et cela commence à porter ses fruits dès que les acteurs voient, que les outils que la recherche construit avec eux pour produire des données sur le non recours, les intéressent également – en tant que connaissances méthodologiques – pour le pilotage et l'évaluation de leurs actions.

Jean-Charles SLAMA

Les CAF ont une implantation géographique étendue. Ainsi, 2 430 points d'accueil couvrent le territoire, ce qui représente environ 20 lieux d'accueil par CAF. Ceci permet de répondre largement à toute la population allocataire. Les CAF gèrent 11 millions d'allocataires et ont reçu plus de 18 millions de visites dans leurs différents points d'accueil en 2005. La COG de la branche famille précise que chaque allocataire peut avoir à sa demande un contact avec un personnel spécialisé dans le domaine social. 102 CAF proposent aujourd'hui ce service et 118 d'entre elles peuvent donner un rendez-vous personnalisé immédiat aux allocataires.

Il est à noter que les CAF prennent en compte le public des personnes handicapées en permettant l'accès aux locaux d'accueil et en proposant dans le cadre de conventions avec les associations de personnes mal entendantes ou mal voyantes des accueils spécifiques.

Les CAF proposent également des accueils différenciés selon les demandes du public : accueil simple, accueil personnalisé en espace fermé permettant de préserver la confidentialité. Elles offrent un service « écoute » où l'allocataire a en ligne des techniciens formés à l'accueil et à l'écoute et capables de les orienter sur des sujets allant au-delà de la législation des prestations familiales. Il s'agit pour les CAF de proposer un traitement global de la situation de la personne afin de vérifier que tous les autres droits potentiels sont bien ouverts.

Les CAF ont mis en place des outils d'analyse de la fréquence des visites par allocataire afin de leur proposer une offre plus individualisée sous forme de rendez-vous (le délai d'attente moyen est court, moins de 20 minutes, et est un indicateur de qualité mis en place dans les COG).

Elles développent également un partenariat avec d'autres organismes tels que les CROUS pour les allocataires étudiants. Le RMI est un autre exemple de partenariat entre les CAF et les conseils généraux qui ont la responsabilité de cette prestation sociale dans son volet insertion. Aujourd'hui, des échanges de fichiers d'allocataires entre les deux organismes permettent de mieux travailler ensemble.

Carole ROMANN-LAIGNEL

En préalable, et pour être complet, il faudrait aborder ici non seulement le problème de l'accès aux droits mais aussi de l'accès aux soins des personnes fragiles. Il ne suffit pas en effet de disposer de droits pour accéder effectivement aux prestations de santé, entrent également en compte l'offre de soins et les facteurs culturels et sociaux. Cependant, seul le volet « accès aux droits » sera abordé ici, même si les CPAM ont un rôle à jouer aussi dans l'accès aux soins.

Dans les autres branches de la Sécurité sociale, notamment pour l'assurance maladie, certaines CPAM ont mis en place des actions spécifiques pour les personnes fragiles. Ainsi, la CPAM de Valenciennes a créé une unité solidarité destinée à gérer les dossiers les plus complexes des assurés et qui travaille en partenariat avec toutes les associations spécialisées dans le domaine d'aide aux personnes fragiles. Il s'agit de « remettre le puzzle en place ». De plus, la CPAM a souhaité « sortir de ses murs » et aller au devant de ces populations fragilisées en proposant des séances d'information sur l'accès aux droits sociaux, qui ont lieu dans les missions locales, les CCAS, les centres sociaux, les centres d'hébergement et de réadaptation sociale, les antennes des compagnons d'Emmaüs.

En partenariat avec la CAF de Valenciennes, la CPAM a mis en place un dispositif d'anticipation des situations d'exclusion, à partir des données que nous possédons sur les ruptures de droits à venir pour nos assurés-allocataires.

En interne, la CPAM a également mis en place des signalements de la part du service contentieux quand il est notifié à l'assuré un rejet de la CMUC afin d'orienter ces personnes vers les commissions d'action sanitaire et sociale des CPAM. Un courrier personnalisé est adressé aux assurés. Des informations sur le dispositif de la CMUC et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) sont faites notamment sous forme collective avec les associations pour expliquer comment avoir recours à ce type d'assurance complémentaire et quelles sont les démarches à faire.

Les CPAM utilisent également un autre outil que sont les centres d'examen de santé où les publics fragiles et précaires qui font partie des publics prioritaires. Par exemple, sur la CPAM de Valenciennes ils représentent 43 % du public des CES. Elles participent enfin à des dispositifs tels que les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) mis en place au niveau des départements et des régions. Elles interviennent dans la formation de groupes de personnes chargées d'accompagner dans le cadre de parcours d'accès aux soins et à la santé des publics fragiles. Elles proposent également sur une journée complète des ateliers sur les représentations de la santé et différents conseils autour d'un déjeuner à des assurés fragiles soit environ 150 personnes par an.

Un travail partenarial permet également aux CPAM de répondre à ces populations. Par exemple, a été mis en place un appui au maillage territorial autour d'un réseau de santé pour les personnes diabétiques avec prise en charge par la CPAM des soins podologiques, non remboursés actuellement. De plus, des conventions peuvent être signées avec des communautés d'agglomérations, notamment autour des programmes locaux d'insertion et d'emploi, et avec les missions locales pour l'emploi et l'insertion du public jeune. Ce travail partenarial permet d'éviter les ruptures de droits, par exemple des jeunes suivis par l'aide sociale à l'enfance, au moment de leur majorité ou alors des détenus.

Bruno LACHESNAIE

Pour la Caisse centrale de mutualité sociale agricole, une action spécifique auprès des cotisants en difficultés ou ayant eu des incidents de paiement est menée dans les caisses de mutualité sociale agricole. Un système d'interface entre la situation professionnelle et sociale est mis en place dans le cadre d'un accompagnement des cotisants afin de leur faire bénéficier de différentes aides telles que les aides européennes ou d'autre type d'aides pour leur permettre de maintenir un accès à une couverture santé. La mobilité est également un axe fort des actions de la MSA notamment par la présence de conseillers sociaux sur les marchés agricoles. Toutefois, il est à noter que ce type de services évolue aujourd'hui vers des permanences situées dans des lieux publics sur des bassins de vie avec une amélioration du temps d'attente à l'accueil mais une réduction du nombre de permanences. Il s'agit également pour ces publics fragiles de proposer des offres de rendez-vous individuels au domicile des cotisants ou sur des sites proposés par d'autres partenaires, par exemple les communes.

Sont évoqués également la mise en place des pôles d'accueil en réseau pour l'accès aux droits sociaux (PARADS). L'objectif des pôles d'accueil est d'améliorer l'accès effectif aux droits sociaux, avec une attention particulière portée aux publics en difficulté. Ces pôles ont vocation à faciliter leur accès à l'information ainsi qu'à accompagner les personnes dans leur demande d'ouverture de droits sociaux, en les orientant vers les services compétents. Les PARADS figurent dans le plan de cohésion sociale au titre de l'amélioration de l'accès aux droits des publics en difficulté. Cependant, il est souligné qu'il est important que de tels dispositifs fassent l'objet d'un réel suivi dans le temps.

Donald GOLDIE

Les CRAM mènent des actions spécifiques à destination des personnes âgées de 50 à 60 ans, et leur proposent des rendez-vous personnalisés pour préparer leur ouverture de droits de leur pension de retraite et assurer ainsi la continuité des droits. Ceci s'inscrit d'ailleurs parfaitement dans le droit à l'information édicté en septembre 2007. Les publics fragiles pour la CRAM sont les personnes bénéficiaires de pensions d'invalidité ou au chômage ou handicapées ou bénéficiaires d'allocation dite « amiante ». Il s'agit pour ce public d'éviter qu'il n'y ait de rupture de droits sociaux au passage à l'âge de la retraite. Ainsi, ont été signées des conventions nationales entre les différentes institutions servant certaines prestations à ces publics avant l'âge du départ à la retraite et la CNAVTS pour faciliter la transaction et éviter les ruptures de droit. Il est indiqué que la loi FILLON ayant mis l'accent sur le choix pour le futur retraité et sur son information, les personnes doivent être compétentes dans les accueils pour aider les assurés et avoir notamment des connaissances sur les dispositifs des autres régimes. De plus, avec la mise en place des systèmes d'épargne retraite au plan national, les techniciens retraite doivent posséder de l'information complète à communiquer aux assurés, à leur demande dans le cadre du calcul de leurs droits.

Peuvent être proposés dans ce cadre, des rendez-vous à domicile ou dans des agences de proximité. Le rendez-vous est le mode de contact privilégié par les CRAM aujourd'hui. Par exemple, 95 % des assurés sont reçus sur rendez-vous en région Bretagne et de ce fait le temps d'attente n'existe pratiquement plus. Ce mode de contact permet également aux techniciens retraite de pouvoir en amont examiner la situation de la personne et anticiper la demande de certains éléments nécessaires au dossier avant le rendez-vous. Un autre public pouvant être considéré comme fragile est celui des femmes bénéficiaires de la pension de reversion. Il existe pour cette prestation de nombreuses réclamations. Le mode de contact privilégié reste toujours le rendez-vous.

La CRAM doit prendre en compte dans le cadre de ses missions deux types de COG, celle de la branche vieillesse et celle de la branche maladie. Par exemple, la CNAMTS vient de signer la COG qui cible plusieurs objectifs concernant ces publics fragiles :

- construire de nouvelles offres de service différenciées par type de public,
- avoir une logique proactive avec des signalements de situations difficiles en utilisant le système d'information des CPAM afin de mettre en lien ces assurés et le service social. Il s'agit d'une démarche nationale,
- proposer un véritable parcours client à chaque assuré exemple pour la femme enceinte, le futur invalide, etc...
- mettre en place quatre programmes de travail pluriannuels au plan national afin d'assurer une offre de services homogène sur des cas répertoriés quel que soit le point d'accès sur le territoire national : prévenir les risques de précarité médico sociale et professionnelle des assurés en identifiant les personnes en arrêt de travail de plus de 90 jours (mise en place de marqueurs d'alerte), accompagner ces assurés pour le passage éventuel en invalidité afin de réduire le risque de désertion sociale, mettre en place un parcours prévention santé pour les populations fragiles en ciblant les assurés bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'ACS à qui est proposé un bilan de santé dans le cadre des centres d'examen de santé de l'assurance maladie. Enfin, proposer des parcours attentionnés pour tous les assurés.

Reste-t-il encore des difficultés à maintenir des droits ou à assurer la continuité des paiements quand l'assuré ou l'allocataire ne respecte pas les procédures ? Quelle responsabilité les caisses sont-elles prêtes à assurer pour préserver cette continuité des paiements ?

Christophe AUXERRE

Ces difficultés concernent en fait des gens qui ne se déplacent pas, ne savent pas quel papier envoyer ou trouvent les démarches trop compliquées. Ils sont négligents dans la gestion de leurs papiers. Le Secours populaire ne les rencontre malheureusement que lorsqu'il y a une rupture de droits sociaux, ceci étant du le plus souvent à un manque de suivi des situations de ces personnes fragiles. Les conséquences de ces situations peuvent être dramatiques car les prestations permettent à ces personnes fragiles de vivre au quotidien. La rupture de droits peut prendre alors des proportions importantes.

Bertrand FRAGONARD

Existe-t-il des indicateurs dans le cadre des COG sur la fréquence des rappels de prestations et y a-t-il une analyse systématique de ces rappels ?

Jean-Charles SLAMA

Il faut préciser qu'aujourd'hui les droits sont rarement suspendus s'il manque certaines pièces au dossier. Les techniques informatiques ont permis d'améliorer favorablement, pour les assurés, la gestion d'indus. Les CAF ont pour objectif un taux de suspension de droits sur les dossiers proche de zéro.

Les CAF ont par les COG des objectifs de traitement de masse afin de satisfaire les besoins de 11 millions d'allocataires. Elles gèrent aujourd'hui 36 millions de communications téléphoniques et reçoivent plus de 60 millions de courriers par an. Le traitement se doit d'être de plus en plus automatisé et tous les moyens dégagés par cette automatisation sont redéployés sur la mise en place de procédures plus individualisées notamment pour les personnes fragiles. Ainsi, 50 % d'allocataires d'une allocation de parent isolé de la CAF, des BDR ont pu bénéficier d'un contact particulier au sein de la CAF (visite individuelle ou rencontres collectives). On constate que sur 5 000 allocataires de ce type de prestations, 3 300 se sont manifestés et que 1 392 avaient des problèmes d'accès aux droits, aux équipements ou aux services.

Il serait intéressant aujourd'hui de pouvoir bénéficier d'un indicateur de vulnérabilité afin de pouvoir adapter les politiques d'accueil à ce type de public.

Carole ROMANN-LAIGNEL

La CPAM de Valenciennes détecte aujourd'hui en interne les droits suspendus des assurés, par le signalement de différents services de la caisse dans le cadre de la mise en place d'un groupe de lutte contre les exclusions en interne à partir de signalements des services contentieux ou des accueils. Elle peut alors proposer une orientation vers une aide dans le cadre du Fonds d'action sanitaire et sociale. En externe, la CPAM adresse au service social de la CRAM la liste de tous les assurés en fin de droits aux indemnités journalières afin que ce service diligente une enquête sociale et propose à la personne un accompagnement éventuel. La CPAM mène également une action avec des associations intervenant dans le milieu carcéral. En principe aujourd'hui, il ne peut pas y avoir de personnes non couvertes par la couverture maladie universelle (en dehors des personnes bénéficiaires de l'aide médicale d'État), hormis pour celles qui ne font aucunes démarches. Il s'agit pour les CPAM d'aller « au devant de ce type de public » qui ne se déplace pas. À titre d'exemple, la CPAM propose des permanences sur place à la fondation Abbé Pierre.

Christophe AUXERRE

Il s'agit de savoir qui tire la sonnette d'alarme pour éviter une rupture de droits chez les personnes fragiles. Le Secours populaire mène un travail partenarial avec la CNAMTS. Certaines situations demeurent cependant anormales, notamment sur le logement mis à disposition dans le cadre d'une procédure d'urgence qui doit en principe durer 15 jours à 1 mois et en fait qui dure parfois 3 mois.

Bernard DREYFUS

Le Médiateur constate de nombreux cas de ruptures de droits notamment sur les indemnités journalières pour des personnes ayant des séjours hors circonscription de la CPAM et qui ne savent pas qu'elles doivent informer au préalable leur caisse d'assurance maladie. Il en est de même pour la reprise d'un salarié après un arrêt de travail déclaré apte alors qu'il lui est

impossible d'occuper son poste de travail et qui doit s'arrêter à nouveau. Le Médiateur a obtenu de la part du législateur en décembre 2005 que les organismes de sécurité sociale préviennent les assurés de ces changements de toutes modifications de leurs droits. Est également posée la question de la validation pour la retraite des périodes de garde d'un enfant handicapé lorsqu'il est bénéficiaire ou de l'allocation d'éducation spéciale.

On constate donc aujourd'hui que l'accueil téléphonique et physique s'est amélioré pour ces publics fragiles mais qu'il existe encore des progrès à faire sur l'information des assurés notamment les supports papier souvent trop complexes ou non adaptés par exemple à des personnes ne maîtrisant pas la langue.

Synthèse des échanges

Des modalités d'accueil des populations fragiles diversifiées, spécifiques et individualisées avec des personnels formés à la polyvalence

Les caisses de sécurité sociale proposent aujourd'hui des dispositifs d'accueil et de suivi personnalisé, des rendez-vous individualisés permettant une étude préalable du dossier. Pour aller au devant des personnes sont développées également des politiques de proximité avec mise en place de points accueils, d'accès aux droits sociaux, parfois multibranche, dans des structures associatives et des collectivités territoriales. Des réunions d'information sont aussi mises en place. Sont aussi développées des procédures de réseaux d'alerte et de signalement interne entre services (liaison service contentieux et service social) et externe (entre la CAF et le conseil général concernant le RMI). Ces actions sont accompagnées d'une formation des agents à la fois sur le plan technique c'est-à-dire sur les droits des personnes et sur le plan humain par des formations à l'écoute. Sont aussi mises en œuvre des actions relatives à l'accessibilité des locaux pour les personnes handicapées et des actions particulières notamment la signature de conventions spécifiques avec des associations prenant en charge des publics non voyants et des personnes étrangères. À noter aussi une présence de délégués départementaux du médiateur chargés d'une information sur les droits. Ces délégués ont généralement des correspondants désignés dans les différentes caisses qui les aident à résoudre les situations les plus complexes des assurés précaires. (CNAF, CNAVTS et UNEDIC).

Une continuité des droits et des paiements nécessaire pour les publics fragiles

Les ruptures de droit peuvent être provoquées par une absence de démarches de la part des personnes précaires au regard de leur situation délicate. Elles peuvent être aussi normales si la personne ne remplit plus les conditions pour bénéficier d'une prestation. Mais dans ce cas, les caisses essaient de les détecter au préalable, et ainsi prévenir les situations de rupture de droits. Tel est le cas des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance pour lesquels il faut prévenir la rupture des droits à la majorité. De même, les personnes qui bénéficient d'indemnités journalières peuvent subir une rupture de leurs droits en cas de conflit sur la reprise de l'activité entre le médecin du travail et le médecin conseil de la caisse du service médical de la sécurité sociale. Il s'agit de se recalcr par rapport aux indicateurs de la COG, notamment en mettant en place un système de repérage des populations fragiles à partir de l'évolution du système informatique des caisses. Il faut identifier les personnes précaires non désaffiliées et les personnes précaires désaffiliées. Un vrai partenariat est nécessaire entre les caisses de sécurité sociale et le milieu associatif.

Une prospection active, des outils d'observation, de nouveaux services proposés par les caisses de sécurité sociale en partenariat avec les acteurs locaux pour mieux couvrir les besoins des personnes fragiles

Il s'agit tout d'abord de savoir si le non-accès est subi ou volontaire. Une articulation, entre les caisses de sécurité sociale et les acteurs locaux, est réalisée au niveau territorial avec les associations en charge des personnes fragiles désaffiliées. Ainsi, il peut exister des « réseaux d'alerte » mis en place par les CPAM comme ceci est le cas à Caen et Mont de Marsan. Il est important de travailler avec les travailleurs sociaux présents dans le monde des associations afin d'avoir une bonne couverture territoriale des besoins de ces publics fragiles. Forcer de constater que beaucoup d'actions sont déjà mises en place. Ainsi, dans le cadre de la dernière COG de la CNAMTS, ont été déclinés des programmes pluriannuels nationaux sur l'offre de services qui sont homogènes au plan national. Il s'agit de prévenir les risques de précarisation médico-sociale et professionnelle des assurés en arrêt de travail de plus de 90 jours, d'accompagner le passage en invalidité pour éviter le risque de désinsertion sociale, de mettre en place un parcours prévention santé et des parcours attentionnés pour les populations fragiles.

Il est à noter cependant qu'il existe un sous dimensionnement des outils d'analyse des besoins sur le terrain. Certains acteurs locaux (acteurs de l'insertion, collectivités locales, communautés d'agglomérations, etc...) et les caisses s'organisent cependant en vue d'un meilleur maillage territorial et d'un meilleur ciblage des populations fragiles. Il serait souhaitable de mettre en place de manière généralisée des outils de « repérage » des populations fragiles, notamment un indicateur de vulnérabilité ou de non-accès au droit. Il serait souhaitable de capitaliser certaines expériences menées en la matière par des caisses locales. La COG serait dès lors un bon outil pour fixer des objectifs nationaux mesurables et une méthode fiable associée à des indicateurs de suivi et d'évaluation.