



N° 2680

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 16 novembre 2005.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES
en conclusion des travaux de la **mission d'évaluation et de contrôle
des lois de financement de la sécurité sociale**

sur

l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale

ET PRÉSENTÉ

PAR M. JEAN-PIERRE DOOR,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	9
I.- L'ORGANISATION DU RÉGIME GÉNÉRAL, FONDÉE SUR DES BASES HISTORIQUES PLUTÔT QUE SUR DES IMPÉRATIFS D'EFFICACITÉ, DOIT ÊTRE MODERNISÉE AFIN DE FAVORISER L'EFFICIENCE ET RÉPONDRE AUX NOUVEAUX DÉFIS	13
A. LES EXIGENCES DE PRODUCTIVITÉ ONT ÉTÉ INSUFFISAMMENT PRISES EN COMPTE PAR LES BRANCHES	13
1. Une incitation forte à la meilleure gestion est nécessaire	13
<i>a) L'exigence d'une productivité accrue est prise en compte</i>	13
<i>b) Les coûts de gestion sont en augmentation sensible</i>	14
2. Il existe des marges de manœuvre	14
<i>a) Les mécanismes de contractualisation ont calibré des enveloppes budgétaires plutôt larges</i>	14
<i>b) Les écarts de coûts et de qualité de service mettent en évidence des progrès possibles</i>	14
<i>c) Les comparaisons de coûts sont toutefois difficiles à interpréter</i>	15
3. De fortes contraintes de gestion s'imposent aux organismes de la sécurité sociale	15
<i>a) Chaque organisme de base dispose de l'autonomie juridique</i>	16
<i>b) Une convention collective unique s'applique</i>	16
<i>c) L'alourdissement de la charge de travail des branches est continu</i>	16
B. L'ORGANISATION DU RÉGIME GÉNÉRAL EST FONDÉE SUR DES BASES HISTORIQUES	17
1. L'organisation du régime général ne s'apparente pas à un « jardin à la française »	17
2. La configuration des réseaux d'organismes de base est longtemps restée une question taboue	18
<i>a) Le réseau est pléthorique</i>	18
<i>b) Le réseau ne sert ni la bonne gestion ni la démocratie sociale</i>	19
3. La relative faiblesse de la mobilité géographique et interbranche des personnels est un facteur de rigidité supplémentaire.....	19
<i>a) La mobilité reste faible</i>	19
<i>b) La convention collective unique n'a pas pu accroître la mobilité</i>	20

C. DE NOUVEAUX DÉFIS SE POSENT À CETTE « INDUSTRIE DE SERVICES » EN SITUATION MONOPOLISTIQUE	20
1. L'équité a-t-elle été privilégiée aux dépens de la simplicité et de la lisibilité ?	20
2. Des évolutions de caractère général amènent à reconsidérer le cadre de gestion	21
3. Les caractéristiques des populations couvertes changent.....	21
a) <i>La mobilité est croissante</i>	21
b) <i>La population est vieillissante</i>	21
c) <i>La montée de la précarité est préoccupante</i>	22
d) <i>La production croît sans cesse</i>	22
4. Les modes de production sont en constante évolution	22
a) <i>L'informatisation permet des gains de productivité significatifs, au prix d'investissements coûteux</i>	22
b) <i>Les départs à la retraite des personnels constituent à la fois une contrainte et une opportunité</i>	23
c) <i>Les modes de pilotage et les missions évoluent continuellement</i>	23
d) <i>Mais qui définit la stratégie ?</i>	23

II.- L'EFFICIENCE DE LA GESTION DES BRANCHES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DOIT ÊTRE AMÉLIORÉE 25

A. LES RESSOURCES ET LES PROCESSUS DOIVENT ETRE MUTUALISÉS..... 25

1. La mutualisation à l'intérieur de chaque branche est un préalable nécessaire	25
a) <i>La centralisation des achats et de la gestion des fonctions support doit être assurée au niveau de gestion le plus pertinent</i>	26
b) <i>Des regroupements peuvent être envisagés en matière de gestion du risque</i>	26
c) <i>L'interopérabilité des équipements informatiques est nécessaire</i>	27
d) <i>La mise en place d'une gestion nationale de certains processus serait opportune</i>	28
2. La coopération interbranche doit être davantage développée.....	29
a) <i>La mise en commun des fonctions support est envisageable</i>	29
b) <i>La création d'un fichier informatique interbranche des assurés est à étudier</i>	29

B. L'ADAPTATION DES RÉSEAUX PASSE PAR LE REGROUPEMENT DES CAISSES ET LA CONSERVATION DES IMPLANTATIONS 30

1. La modification de la carte des réseaux ne relève pas d'une mission impossible.....	30
--	----

2. Les avantages attendus de l'adaptation de la carte des réseaux sont nombreux.....	30
a) <i>La gestion du risque, au service des assurés, gagnerait en qualité</i>	30
b) <i>La gestion serait moins coûteuse</i>	31
c) <i>La démocratie sociale serait renouvelée et renforcée</i>	31
3. Les conditions d'une adaptation du réseau doivent être réunies	31
a) <i>La définition d'une stratégie d'implantation territoriale de branche est nécessaire</i>	31
b) <i>Une méthode peut être esquissée</i>	32
C. UNE POLITIQUE DE RESSOURCES HUMAINES FAVORISANT LA MOBILITÉ ET L'ENGAGEMENT DES PERSONNELS DOIT ETRE DEVELOPPÉE	32
1. La question des ressources humaines est centrale.....	33
2. Chaque tête de réseau doit s'engager dans une politique active de gestion et de mobilité des ressources humaines.....	33
a) <i>Le rôle de la tête de réseau doit être renforcé</i>	33
b) <i>La mobilité doit être encouragée</i>	34
c) <i>Une réflexion sur la carrière des personnels de direction s'impose</i>	34
3. Il faut promouvoir des systèmes de rémunération, d'intéressement et d'avancement innovants et motivants.....	34
a) <i>Le réexamen du rôle de l'UCANSS en matière de négociation collective doit être envisagé</i>	34
b) <i>La politique de rémunérations doit être modernisée</i>	35
c) <i>L'intéressement doit être davantage développé</i>	35
d) <i>L'avancement doit privilégier les performances et le mérite</i>	35
D. LA GOUVERNANCE DES BRANCHES DU RÉGIME GÉNÉRAL MÉRITE DES AMÉNAGEMENTS.....	35
1. L'amélioration de l'outil des COG augmentera l'efficacité de la gestion des coûts	35
a) <i>L'amélioration de la productivité doit devenir un objectif à part entière des futures COG</i>	36
b) <i>La définition d'objectifs et d'indicateurs adéquats reste un enjeu majeur des prochaines COG</i>	36
c) <i>Des changements sont nécessaires dans le processus de contractualisation</i>	37
d) <i>Le format des enveloppes financières doit être adapté</i>	38
e) <i>La démarche de certification peut être étendue</i>	39
2. Les compétences des directeurs des caisses nationales et locales doivent être renforcées.....	39

E. L'AMÉLIORATION DE LA GESTION RELÈVE AUSSI DE LA RESPONSABILITÉ DE L'ÉTAT	40
1. La simplification risque-t-elle de mettre en cause l'équité ?.....	40
2. Les conditions d'élaboration et d'application des lois et de la réglementation doivent prendre en compte les conditions de gestion.....	40
3. Certaines questions exigent un arbitrage politique	41
<i>a) Il faut passer à la vitesse supérieure en matière de télétransmission des feuilles de soins électroniques</i>	<i>41</i>
<i>b) La mise en place du dossier médical personnel doit être préparée dans la plus grande concertation</i>	<i>42</i>
<i>c) L'utilisation de certaines données de l'administration fiscale par les organismes sociaux pourrait être un plus</i>	<i>42</i>
4. La simplification de certaines règles est de nature à alléger les charges de gestion	42
<i>a) Le cadre législatif et réglementaire de la branche maladie mérite des simplifications</i>	<i>43</i>
<i>b) Le cadre législatif et réglementaire de la branche vieillesse peut être lui aussi simplifié</i>	<i>43</i>
<i>c) Le cadre législatif et réglementaire de la branche accidents du travail - maladies professionnelles gagnerait également à être rationalisé</i>	<i>43</i>
<i>d) La généralisation du dispositif du chèque emploi service est à envisager</i>	<i>44</i>
III.- COMMENT L'USAGER PEUT-IL ETRE REMIS AU CŒUR DU SYSTÈME ?	45
A. LA GESTION PAR BRANCHES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE A-T-ELLE TROUVÉ SES LIMITES ?	45
1. La qualité du service rendu souffre de la segmentation des risques	45
2. Les conditions de gestion par branches n'incitent pas à l'optimisation des moyens	46
3. La démocratie sociale pourrait trouver un élan nouveau en s'exerçant dans un cadre resserré	46
B. LA RÉGIONALISATION DE LA GESTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET L'ÉVOLUTION VERS UN GUICHET UNIQUE LOCAL SONT DES ORIENTATIONS PRIORITAIRES.....	46
1. L'organisation de la sécurité sociale doit s'articuler autour de l'échelon régional	47
<i>a) La création d'un échelon de pilotage doté d'une forte légitimité démocratique est souhaitable</i>	<i>47</i>
<i>b) Dans la branche maladie, la régionalisation est une nécessité</i>	<i>47</i>
2. La création d'un « guichet unique » au niveau local s'impose.....	48
3. Les avantages attendus sont nombreux	48
<i>a) La qualité du service rendu à l'assuré serait améliorée</i>	<i>48</i>

<i>b) Les conditions de gestion seraient facilitées.....</i>	49
<i>c) Le pilotage des réseaux serait renforcé.....</i>	49
<i>d) La démocratie sociale serait renouvelée.....</i>	49
CONCLUSIONS.....	51
PROPOSITIONS.....	53
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	55
ANNEXES.....	57
ANNEXE 1 : COMPOSITION DE LA MISSION.....	57
ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES.....	59
ANNEXE 3 : COMPTES RENDUS DES AUDITIONS.....	63
ANNEXE 4 : DÉPLACEMENTS DE LA MISSION.....	237

INTRODUCTION

L'article 38 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, introduit par un amendement de M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur du projet de loi et président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, dispose qu'« *il peut être créé au sein de la commission de chaque assemblée saisie au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale une mission d'évaluation et de contrôle chargée de l'évaluation permanente de ces lois.* ».

Cette création traduisait la volonté unanimement exprimée des groupes politiques de renforcer le contrôle parlementaire sur les finances sociales. L'intérêt manifesté par les députés pour un contrôle accru de la dépense publique n'est pas nouveau. La commission des finances, de l'économie générale et du plan de l'Assemblée nationale dispose depuis quelques années d'une mission d'évaluation et de contrôle (MEC). De plus, le vote de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF) a constitué un véritable changement de paradigme. Elle donne aux parlementaires les moyens de se pencher avec plus de précision et d'efficacité sur les dépenses publiques.

Un travail identique restait à faire pour les finances sociales, en adaptant le dispositif aux spécificités du secteur et à ses modalités de gestion, marquées par les compétences des partenaires sociaux. C'est ce qu'a réalisé la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Ainsi, des « programmes de qualité et d'efficience » (PQE) permettront désormais au Parlement de mieux juger de la réalisation des objectifs fixés, grâce à des indicateurs relatifs aux moyens engagés.

Cette préoccupation concernant la productivité a déjà été soulignée lors de la discussion à l'Assemblée nationale du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005. À titre de rappel, l'article 4 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005, modifié à l'initiative du rapporteur pour les recettes et l'équilibre général M. Bernard Perrut, a introduit les mots : « *les objectifs d'amélioration de la productivité du réseau et de son organisation territoriale* » dans la rédaction de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, qui fixe les conditions de conclusion des conventions d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et les branches de la sécurité sociale. L'article précité de la loi de financement permet également au président du conseil de surveillance d'une caisse de solliciter l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

Conformément à l'article 38 de la loi relative à l'assurance maladie précitée, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale a décidé de se doter d'un organe *ad hoc*, la « mission

d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale» (MECSS). La commission, lors de sa réunion du 15 décembre 2004, a constitué une mission de dix-huit membres appartenant à tous les groupes politiques. Celle-ci est présidée conjointement par un député de la majorité et un député de l'opposition. Comme la MEC, la mission bénéficie de la coopération des magistrats de la Cour des comptes, coopération formalisée par un protocole d'accord et des rendez-vous réguliers.

Lors de sa réunion du 21 décembre 2004, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale a confié à la MECSS le mandat d'étudier « *les coûts de gestion et l'organisation des branches de la sécurité sociale* ». Le présent rapport est donc le premier présenté par la mission.

*

Le sujet retenu est intéressant à plus d'un titre.

En premier lieu, la sécurité sociale est l'un des piliers de notre système de protection sociale et l'un des éléments centraux de notre pacte républicain, et les modalités de sa gestion ne peuvent que susciter l'intérêt des parlementaires. La sécurité sociale est également un service public dont la gestion a été déléguée à des organismes privés. La qualité du service rendu aux usagers, qui financent par leurs cotisations le fonctionnement des organismes, importe particulièrement aux députés. La discussion à l'Assemblée nationale du projet de loi organique relatif aux lois de financement de la sécurité sociale a ainsi fourni l'occasion de souligner l'attention portée par ces derniers aux conditions de gestion des régimes sociaux. Ainsi, l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale dispose désormais que le gouvernement transmet au Parlement un rapport « *présentant, pour les années à venir, les objectifs pluriannuels de gestion et les moyens de fonctionnement dont les organismes des régimes obligatoires de base disposent pour les atteindre, tels qu'ils sont déterminés conjointement entre l'État et les organismes nationaux des régimes obligatoires de base et indiquant pour le dernier exercice clos les résultats atteints au regard des moyens de fonctionnement effectivement utilisés* ».

Le sujet des coûts de gestion est un bon point d'entrée dans l'analyse de l'organisation et de l'efficacité des régimes de base de la sécurité sociale. Une gestion administrative inefficace ne permet pas l'allocation optimale des moyens disponibles, moyens nécessairement limités. Elle a un impact sur la qualité de la gestion des risques. Elle influe *in fine*, directement ou indirectement, sur le niveau des déficits des branches. À titre d'exemple, s'agissant de l'assurance maladie, la répartition des moyens disponibles entre le contrôle médical d'une part et les fonctions de logistique d'autre part n'est pas neutre sur la qualité du service et la gestion du risque. Les effets de la rationalisation et d'une organisation renouvelée sur la gestion des risques méritent donc d'être pris en compte. Au-delà de la problématique des coûts et de l'organisation, c'est aussi l'efficacité globale du système que la mission a souhaité étudier.

Le montant des coûts de gestion apparaît réduit (de l'ordre de 4 %) au regard du volume des prestations versées et des sommes collectées, ce qui a conduit les membres de la mission, dès le début de leurs travaux, à écarter tout lien de causalité directe avec les déficits de certaines branches. En revanche, ce coût est important en valeur absolue, près de dix milliards d'euros. Le rapporteur remarque qu'une enveloppe de ce format donnerait lieu, s'il s'agissait de crédits ministériels, à de longs débats en commission puis en séance publique lors de la discussion du projet de loi de finances. Ce montant seul suffit à justifier l'attention du Parlement.

De surcroît, le plan de cadrage de la réforme de l'assurance maladie prévoit une contribution de l'ordre de 200 millions d'euros de la gestion de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) au retour à l'équilibre des régimes de l'assurance maladie en 2007. Les modalités de cette contribution suscitent l'intérêt légitime des membres de la mission.

Le sujet retenu s'inscrit également dans le cadre institutionnel rénové de l'assurance maladie. L'adoption de la loi relative à l'assurance maladie a profondément renouvelé et rénové sa gouvernance en créant l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et en renforçant significativement les compétences du directeur de la CNAMTS, également directeur de l'UNCAM. Cette évolution souligne la nécessité d'organiser le contrôle parlementaire des institutions ainsi créées.

Le calendrier est enfin apparu favorable pour l'aborder. Le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de septembre 2004 comprend de longs développements sur la gestion du régime général. En outre, en 2004 et en 2005, a été menée l'évaluation des dernières conventions d'objectifs et de gestion (COG) conclues entre l'État et les caisses nationales. Les négociations relatives aux COG dites de « troisième génération » ont commencé en 2004 et 2005. La COG de la branche famille a été conclue le 2 août dernier, celle de la branche vieillesse le 24 mai. La COG de la branche maladie, la plus importante en termes financiers, devrait être signée au cours du premier trimestre de l'année 2006.

Compte tenu de l'étendue du sujet, du temps et des moyens disponibles, il a paru préférable de concentrer les travaux de la mission sur les branches du régime général de la sécurité sociale, en écartant de l'étude les régimes spéciaux. En outre, ces régimes spéciaux, très nombreux et d'inégale importance, présentent peu d'unité. Cependant, le périmètre du sujet retenu n'a pas empêché les membres de la mission d'entendre des personnalités gérant d'autres régimes ou des organismes remplissant des missions comparables. Le but de ces auditions était de permettre des comparaisons inter-régimes. Elles ont évité d'enfermer *a priori* la réflexion dans le cadre administratif et organisationnel du régime général.

Le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale paru en septembre 2004 constitue une étude précise, argumentée et exhaustive de la gestion des branches du régime général. Pour les membres de la mission, ce travail

constitue une référence incontournable. Le rapporteur reprend d'ailleurs à son compte le constat de la Cour et l'essentiel des recommandations formulées par les magistrats financiers. Sur la base de ces travaux, les membres de la MECSS ont bâti leur programme de travail, en procédant à des auditions publiques. Le rapporteur a en outre effectué deux déplacements, l'un à la CPAM de Paris et l'autre à la CPAM et à la CRAM de Rennes. Le rapporteur et les coprésidents ont également envoyé des questionnaires particuliers aux personnes auditionnées. Sur les problèmes relatifs à l'informatique de l'assurance maladie, le rapport d'audit conjoint de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale des finances (IGF), transmis à la mission par le ministère de la santé et des solidarités, a constitué une base essentielle de réflexion ; des réunions non publiques ont, en outre, permis aux membres de la MECSS d'approfondir la question de l'informatique de la branche maladie. Enfin, les coprésidents comme le rapporteur ont régulièrement demandé aux personnes auditionnées de leur fournir des éléments de réflexion complémentaires, notamment dans une optique de simplification.

Le constat porté sur la situation, largement inspiré par les travaux de la Cour des comptes, fait l'objet de la première partie du présent rapport. Viennent ensuite des recommandations en matière d'organisation et de gestion qui encouragent à poursuivre des évolutions positives en cours dans les réseaux. S'inscrivant dans une perspective de réformes plus en profondeur, la troisième et dernière partie privilégie une démarche de coopération interbranche et une organisation régionalisée.

*

* *

L'importance de ce rapport vaudra non seulement par ses conclusions, mais par les suites qui y seront données par le Gouvernement et par les caisses de sécurité sociale. L'article L. O. 111-9-3 du code de la sécurité sociale, récemment introduit par la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, prévoit en effet que « *lorsqu'une mission d'évaluation et de contrôle donne lieu à des observations notifiées au Gouvernement ou à un organisme de sécurité sociale, ceux-ci disposent d'un délai de deux mois pour y répondre* ». Au vu des réponses qui lui seront apportées, la mission sera évidemment amenée à revenir sur ce sujet.

La mission s'est réunie à trois reprises pour débattre du contenu du rapport. A l'issue de sa réunion du 22 juin 2005, jugeant qu'elle n'avait pas obtenu toutes les informations nécessaires à sa réflexion – en particulier concernant les systèmes d'information de la CNAMTS – elle a décidé de poursuivre ses investigations. Lors de la réunion du 20 octobre 2005, le rapporteur a présenté les grandes lignes du rapport aux membres de la mission. Lors de sa réunion du 3 novembre 2005, la mission a donné un avis favorable au rapport.

I.- L'ORGANISATION DU RÉGIME GÉNÉRAL, FONDÉE SUR DES BASES HISTORIQUES PLUTÔT QUE SUR DES IMPÉRATIFS D'EFFICACITÉ, DOIT ÊTRE MODERNISÉE AFIN DE FAVORISER L'EFFICIENCE ET RÉPONDRE AUX NOUVEAUX DÉFIS

Les chiffres clefs 2003 de la gestion des branches du régime général de la sécurité sociale

Coûts de gestion en valeur absolue (en milliards d'euros)	9,9
Coûts de gestion rapportés aux prestations/sommes collectées :	
– branche maladie et AT-MP	5,23 %
– branche vieillesse	1,27 %
– branche famille	3,20 %
– branche recouvrement	0,48 %
Effectifs	182 000
Nombre d'organismes dotés d'un conseil	500

Source : Cour des comptes.

A. LES EXIGENCES DE PRODUCTIVITÉ ONT ÉTÉ INSUFFISAMMENT PRISES EN COMPTE PAR LES BRANCHES

Ces dernières années, les branches du régime général ont réussi, grâce à la mobilisation de leurs personnels et à des investissements conséquents, à améliorer significativement la qualité de leur gestion et à améliorer le service rendu aux assurés. Cependant, la problématique des coûts est passée au second plan des préoccupations.

1. Une incitation forte à la meilleure gestion est nécessaire

a) L'exigence de productivité accrue est prise en compte

Les caisses du régime général sont des organismes de droit privé chargés d'une mission de service public et placés en situation de monopole. Dès lors, en raison de cette situation de monopole, les incitations à accroître la productivité et le rapport « qualité-prix » des prestations ne sont pas de nature économique. Cette exigence de productivité accrue doit donc provenir d'incitations extérieures. Or, les premières conventions d'objectifs et de gestion sont restées floues sur l'objectif de productivité. Elles ne comportaient notamment pas d'objectif de baisse du coût unitaire du traitement d'un dossier. La gestion menée jusqu'à maintenant n'a pas permis de satisfaire suffisamment à cette exigence.

b) Les coûts de gestion sont en augmentation sensible

Si les frais de gestion restent à un niveau relativement bas, il faut remarquer que depuis quatre ans, ils ont augmenté plus vite que les dépenses de fonctionnement du titre III et les investissements directs du titre V du budget de l'État. Les causes en sont l'aménagement et la réduction du temps de travail, les recrutements supplémentaires dans la branche vieillesse, le format de l'enveloppe de la COG de la branche famille et les investissements informatiques. En raison de la conjonction de l'automatisation des processus et de la persistance de rigidités structurelles dans la gestion du personnel, les gains de productivité ne sont encore que latents, en particulier dans la branche maladie. La Cour des comptes pointe même une diminution de la productivité apparente de 1999 à 2002 de la branche maladie.

2. Il existe des marges de manœuvre

a) Les mécanismes de contractualisation ont calibré des enveloppes budgétaires plutôt larges

S'agissant de l'encadrement budgétaire des deux premières générations de COG, le rapport de la Cour des comptes souligne une certaine « aisance financière des caisses » en raison de dotations budgétaires mal formatées. Il apparaît notamment que la base de négociation sur les budgets annuels était celui de la dernière année de la précédente COG, les gestionnaires pouvant être incités à consommer intégralement les dotations attribuées au titre de cette année.

b) Les écarts de coûts et de qualité de service mettent en évidence des progrès possibles

Il existe des écarts significatifs de coûts et de résultats entre chaque caisse d'une même branche. Certes, la portée de ces écarts est à nuancer. Ainsi, la productivité d'une caisse primaire d'assurance maladie est nécessairement influencée par des facteurs locaux : à titre d'exemple, la proportion de professionnels de santé effectuant une télétransmission, la gestion des droits des populations d'origine étrangère (comme c'est le cas pour la CPAM de Paris) et le contexte socio-économique et sanitaire global de la zone considérée.

S'il est donc nécessaire de replacer dans le contexte particulier de chaque caisse les « classements » parus dans la presse, il faut également souligner que l'écart entre les 13 CPAM les plus chères et les 13 CPAM les moins chères, qui se monte en 2003 à près de 2, est excessif. Il semble en outre que l'objectif de la réduction à un coefficient de 1,15 de l'écart entre les 5 CRAM les plus chères et les 5 CRAM les moins chères en 2004, prévu par la COG de la branche vieillesse, n'ait pas été atteint. Ces données montrent qu'il existe des marges significatives de progrès de gestion. La même remarque vaut pour la qualité de service. En effet, la direction du Budget ne constate pas de corrélation directe entre le coût d'une caisse et la qualité de service.

c) Les comparaisons de coûts sont toutefois difficiles à interpréter

En matière de gestion des organismes de sécurité sociale, l'un des enjeux majeurs est l'élaboration d'indicateurs fiables et permettant des comparaisons entre organismes, entre branches et entre régimes. On en est encore loin. Il apparaît notamment impossible d'obtenir le décompte précis des effectifs employés par chaque branche, comme le note le rapport de la Cour des comptes. Il est cependant intéressant, au moyen de quelques indicateurs, de procéder à une première – et nécessairement grossière – approche comparative des coûts de gestion des branches de la sécurité sociale. Ces comparaisons, données sous toutes les réserves relatives à la définition des champs et des compétences respectifs des organismes comparés, restent difficiles à interpréter.

Les dépenses administratives du régime général sont comparables à celles du ministère de l'économie et des finances, avec des effectifs d'une taille similaire, de l'ordre de 170 000 agents. Le coût de gestion de l'ACOSS est inférieur au ratio correspondant de l'administration fiscale ; il est en revanche supérieur au coût de recouvrement des organismes complémentaires. Le coût de gestion de la Mutualité sociale agricole (MSA) se monte à 4,17 %, ce qui est assez semblable au ratio correspondant du régime général (4,16 %) ⁽¹⁾. La comparaison entre le coût de gestion de la branche vieillesse et le coût du service des pensions de l'État serait plutôt à l'avantage de la branche vieillesse, si l'on compare les chiffres donnés par la Cour des comptes. L'audition d'un responsable de la Caisse des dépôts et consignations n'a pas montré de différences significatives de coûts de gestion entre la branche vieillesse et la Caisse : 1,42 % pour CNAVTS contre 1,33 % pour la Caisse. Enfin, la comparaison entre les coûts de gestion de la branche maladie et ceux d'un réseau de caisses d'assurance maladie de la République fédérale d'Allemagne ⁽²⁾ montre des chiffres comparables (5,56 % en Allemagne contre 5,23 % pour la branche maladie du régime général). La comparaison avec les coûts de gestion unitaires des organismes d'assurance complémentaire montre que les coûts de ces derniers sont plus élevés, ce qui s'explique, d'une part, par des effectifs à gérer moins nombreux et, d'autre part, par les coûts d'acquisition (marketing) des nouveaux adhérents.

3. De fortes contraintes de gestion s'imposent aux organismes de la sécurité sociale

Des contraintes fortes de gestion pèsent sur les organismes de base comme sur les têtes de réseau. Elles peuvent expliquer leurs difficultés à améliorer significativement l'efficacité de leur gestion.

(1) Ratio calculé sur la base de l'ensemble des coûts de gestion des branches (9,9 milliards d'euros) rapportés au montant total des charges 2003 (248 milliards selon la commission des comptes de la sécurité sociale). Le niveau moyen moindre des prestations versées par la MSA pourrait gonfler artificiellement le ratio du régime agricole.

(2) cf. http://www.aok-bv.de/lexidon/v/index_02586.html

a) Chaque organisme de base dispose de l'autonomie juridique

Il faut souligner l'autonomie juridique dont disposent les organismes de base du réseau, chacun doté d'une organisation semblable (directeur, agent comptable et conseil). Sauf exceptions, la tête de réseau dispose de compétences limitées. À titre illustratif, s'agissant de l'assurance maladie, il n'existe pas encore d'inventaire exhaustif des ressources informatiques de l'ensemble du réseau. La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a cependant accru les compétences de gestion de la tête de réseau, notamment en matière de gestion des ressources humaines.

b) Une convention collective unique s'applique

Dans la masse globale des coûts de gestion, les dépenses en personnel représentent la plus grande partie. La situation de 96,7 % des personnels du régime général de la sécurité sociale est régie par une convention collective unique. Il s'agit en fait de deux textes distincts : la convention collective nationale de travail du 25 juin 1968 des agents de direction et des agents comptables et la convention collective nationale de travail du 8 février 1957 du personnel des organismes de sécurité sociale et des allocations familiales. Les négociations sur les modifications de ces textes conventionnels sont centralisées au niveau de l'UNCANSS, l'union nationale des caisses de la sécurité sociale, ce qui introduit une certaine lourdeur et rend plus difficile l'adaptation de la gestion aux spécificités des métiers de chaque branche.

L'application de cette convention collective assure aux salariés des caisses des garanties assez semblables à celles dont bénéficient les fonctionnaires. Elle interdit de fait d'ajuster les effectifs pour des motifs économiques et introduit donc un certain nombre de rigidités pour les gestionnaires de caisses.

L'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) ont également constitué des charges significatives, en exigeant des embauches supplémentaires et en absorbant des gains de productivité. L'impact de l'aménagement et de la réduction du temps de travail a accru les coûts de gestion. L'ARTT ne s'est malheureusement pas accompagné de recrutements dans les métiers dont le régime général aura de plus en plus besoin dans les années à venir : informaticiens, acheteurs...

c) L'alourdissement de la charge de travail des branches est continu

Cet alourdissement est notamment provoqué par les changements de la législation et de la réglementation et par les charges nouvelles dont doivent s'acquitter les branches, sans attribution automatique de ressources supplémentaires. On peut ainsi citer, s'agissant de la branche vieillesse, la mise en œuvre du droit à l'information et la personnalisation des possibilités de départ à la retraite. La branche maladie, qui connaît une progression d'activité de 5 % par an, a assumé la mise en place du dispositif de la couverture maladie universelle (CMU) et, plus récemment, les réformes introduites par la loi n° 2004-810 du

13 août 2004 relative à l'assurance maladie, dont la désignation d'un médecin traitant. Quant à la branche famille, elle assure désormais le versement des allocations familiales aux fonctionnaires et la gestion de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Enfin, la branche recouvrement, qui connaît une croissance constante du nombre de comptes, a piloté la création du dispositif du chèque emploi service (CES).

Le service rendu s'est significativement amélioré dans certains secteurs, notamment grâce aux efforts de formation des personnels. Par exemple, il faut se féliciter de la mise en place progressive de plates-formes téléphoniques dans la branche maladie, où l'essentiel des appels trouve une réponse dès le premier contact, ce qui est une source d'économies et est très satisfaisant pour l'assuré.

B. L'ORGANISATION DU RÉGIME GÉNÉRAL EST FONDÉE SUR DES BASES HISTORIQUES

L'organisation du régime général reste excessivement rigide. Le constat effectué par le rapport de la Cour des comptes a été confirmé par les travaux de la mission. L'exemple qui a frappé les membres de la mission est celui du calendrier de la restructuration de la CAF du Sud-Finistère exposé lors de l'audition de son directeur. Ce calendrier prévoit en effet une remise en ordre de sa gestion sur une période équivalant à trois contrats pluriannuels de gestion (CPG), ce qui paraît excessivement long.

1. L'organisation du régime général ne s'apparente pas à un « jardin à la française »

Le cadre général de l'organisation des branches du régime général de la sécurité sociale a été fixé par les ordonnances de 1945 (création de caisses locales), modifiées par les ordonnances de 1967 (séparation des branches, création des caisses nationales) et de 1996. Ce développement par strates successives a laissé subsister des spécificités de nature historique : ainsi, le rôle et la dénomination des CRAM sont ambigus ; leur rôle n'est d'ailleurs que « provisoire » (article R. 215-2 du code de la sécurité sociale). De même, faute de parution du décret correspondant, le service du contrôle médical comporte deux catégories de personnels relevant de deux organismes différents : la CNAMTS pour les praticiens conseils et la CRAM pour les personnels administratifs. Il en résulte des problèmes de gestion pour le médecin-conseil régional comme pour le directeur de la CRAM, en particulier en raison de la coexistence d'instances représentatives du personnel distinctes.

Parallèlement au développement du régime général ont subsisté les régimes spéciaux. Les cloisonnements entre les branches se superposent donc aux cloisonnements entre les régimes. Ainsi, la même tâche concernant un assuré (par exemple la saisie des données nominatives, de l'adresse, de la situation familiale...) est effectuée à de multiples reprises par des organismes différents, occasionnant des retards, augmentant les possibilités d'erreur, dégradant les

conditions du service rendu aux usagers et augmentant les coûts. En outre, on note que, s'agissant de la branche retraite, la politique en matière de services de proximité n'a pas été élaborée en articulation avec la politique d'action sociale de la branche, qui reste du ressort du service social régional, créant un cloisonnement supplémentaire.

Ce constat posé, il faut se réjouir des tentatives de mutualisation des processus de gestion entre régimes, comme l'ont été par exemple le transfert du régime des Mines à la Caisse des dépôts et consignations ou la prise en charge des allocations familiales des fonctionnaires par les caisses d'allocation familiales. La création du régime social des indépendants (RSI) va également dans le bon sens, même si les conditions précises de sa création restent encore à définir.

2. La configuration des réseaux d'organismes de base est longtemps restée une question taboue

Au préalable, il faut distinguer ce qui relève de l'organisation fonctionnelle et territoriale de chaque branche d'une part et les aspects juridiques du réseau d'autre part. En effet, coexistent au sein du réseau des organismes de sécurité sociale autonomes juridiquement, dotés d'un conseil d'administration et des structures de proximité dépourvues de personnalité morale. La question de la proximité est donc relativement indépendante de la carte des organismes dotés de la personnalité morale.

a) Le réseau est pléthorique

Pour le régime général, les trois caisses nationales et l'ACOSS constituent les têtes de réseau. Ces quatre réseaux se composent de 500 organismes de base dotés de conseil (128 CPAM, 122 CAF, 104 URSSAF et 16 CRAM). La carte des organismes dotés de conseil date, sauf modifications à la marge, de 1945. Elle n'a donc pas pu tirer toutes les conséquences des profondes évolutions démographiques, économiques et sociales intervenues depuis. On peut parler d'un réseau pléthorique, sauf pour la branche vieillesse.

Les problèmes liés à la répartition des CPAM sont illustrés par les différences de ratios de cotisants gérés par caisse. Il peut varier d'un facteur 1 à 22. S'agissant des URSSAF, la plus petite gère 7 000 comptes, la plus grande 800 000... Quant à la relation de proximité, il faut rappeler que l'assurance vieillesse liquide chaque année environ 500 000 retraites grâce à 2 000 points de proximité ; l'assurance maladie qui gère plusieurs millions d'usagers en dispose de 1 500.

La question de la carte de l'implantation des réseaux des branches du régime général et celle de l'éventuelle fusion d'organismes locaux sont devenues au fil des ans des questions véritablement « taboues », à de trop rares exceptions (trois fusions dans la branche recouvrement depuis 2000). Les auditions des directeurs des caisses nationales et l'absence presque totale de leur mention

explicité dans les dernières COG (un point de la COG de l'ACOSS vise à « *favoriser le partage de fonctions d'agents de direction entre les URSSAF et le regroupement d'organismes* ») l'ont confirmé. Une COG récente – celle de la CNAF – mentionne cependant le problème de la configuration du réseau et évoque comme point d'engagement « *le regroupement de certains organismes* ».

b) Le réseau ne sert ni la bonne gestion ni la démocratie sociale

Le nombre excessif d'organismes dotés de conseils a trois conséquences néfastes. D'abord, il nuit à la bonne mutualisation des moyens. Ensuite, il gêne le pilotage du réseau par les caisses nationales. Enfin, il peut mettre en cause l'égalité de traitement des usagers. S'agissant de la branche famille, le bilan de la dernière COG fait par la direction de la sécurité sociale (DSS) rend compte, en matière d'action sociale et de vérification des droits, de l'absence de règles communes entre les CAF, conduisant à traiter différemment les dossiers de personnes pourtant géographiquement proches et dont les situations au regard des textes sont également très voisines.

La question du nombre excessif d'organismes dotés de conseil d'administration conduit à aborder celle de leur composition. Les membres sont désignés et non élus, à la différence d'autres régimes comme celui de la MSA. Il y a là un problème réel de légitimité et de proximité avec l'utilisateur.

Le maillage étroit du territoire par ces organismes dotés de conseils composés de personnes désignés, suivant des circonscriptions non cohérentes entre branche, ne sert pas nécessairement la démocratie sociale. Quelle est la lisibilité de cette carte pour le citoyen-usager ? L'utilisateur comprend-il le rôle de ces conseils dans le fonctionnement des branches ? Ces conseils ne gagneraient-ils en légitimité, en visibilité et en lisibilité à être plus concentrés et à disposer de plus de moyens pour assurer leurs missions ?

3. La relative faiblesse de la mobilité géographique et interbranche des personnels est un facteur de rigidité supplémentaire

a) La mobilité reste faible

La mobilité géographique et interbranche des personnels pourrait être un élément significatif de souplesse dans la gestion des branches. Elle permettrait d'ajuster le niveau des effectifs des organismes en fonction des besoins et faciliterait les processus locaux de restructuration. Or, la situation en la matière est loin d'être satisfaisante. Le rapport de la Cour des comptes évoque « *des personnels vieillissants et peu mobiles* ». Le bilan de la dernière COG de la CNAVTS réalisé par la DSS souligne que : « *la politique de mobilité interbranche et intrabranché demeure marginale dans l'ensemble du réseau. Certaines CRAM rencontrent des difficultés de recrutement en raison de la faible mobilité des agents tant géographique que fonctionnelle au sein d'une même région, entre les*

CRAM et entre les organismes des autres branches ou régimes de la sécurité sociale».

Ce constat peut sans doute être étendu aux autres branches. Il s'explique partiellement par des données démographiques. Dans le régime général, selon les données de l'UCANSS, l'âge moyen des personnels se monte à 44,8 ans (39 ans en 1989). L'ancienneté est également très haute. La mobilité géographique est difficile à mettre en place pour les personnels d'exécution, qui sont en outre très féminisés.

b) La convention collective unique n'a pas pu accroître la mobilité

Ce constat pourrait s'expliquer aussi par l'application de la convention collective, qui ne conduit pas à promouvoir suffisamment la mobilité intra- et interbranche. Le rapporteur remarque qu'à cet égard, le statut des membres de la fonction publique, qui prévoit souvent une obligation de mobilité, est moins favorable que la convention collective de ces personnels de droit privé.

La faiblesse de la mobilité interbranche est d'autant plus paradoxale que la situation juridique des personnels est régie par des textes conventionnels uniques. Il a été créé un organisme spécifique dédié à la gestion de cette convention collective unique et notamment chargé d'animer la mobilité des personnels entre les branches : l'union des caisses nationales de sécurité sociale, l'UCANSS. On peut donc trouver contradictoire et dommageable la coexistence d'une convention collective unique, d'un organisme dédié à la gestion de cette convention et une aussi faible mobilité interbranche des personnels.

C. DE NOUVEAUX DÉFIS SE POSENT À CETTE « INDUSTRIE DE SERVICES » EN SITUATION MONOPOLISTIQUE

Si les coûts de gestion n'apparaissent pas excessifs, les défis à venir poussent à moderniser l'institution. La poursuite de l'effort de modernisation et son approfondissement sont nécessaires pour assurer un haut niveau de service rendu sans que les coûts n'augmentent de manière excessive. Or, compte tenu des évolutions à venir, il sera difficile de maintenir le *statu quo* en matière de gestion et d'organisation.

1. L'équité a-t-elle été privilégiée aux dépens de la simplicité et de la lisibilité ?

Les travaux de la MECSS ont permis de faire le constat d'une complexité croissante des règles de droit à appliquer. La présidente de la CNAF évoque ainsi le chiffre de 18 000 règles de droit à appliquer. Cette complexité du droit social, qui dépasse le périmètre d'étude de la mission, renchérit les coûts de gestion. L'impératif de justice et d'équité, le souci de s'adapter aux situations individuelles ont été privilégiés aux dépens de la simplicité de gestion et, parfois, il faut le souligner, de la lisibilité du système de protection sociale dans son ensemble.

Le résultat alourdit considérablement les tâches des personnels de la sécurité sociale, ce qui a un impact en termes de gestion. Il faudra compter de plus en plus avec cette complexité accrue du droit, sauf à engager des chantiers de simplification, bien délicats à mettre en œuvre. La nécessité de disposer de systèmes d'information performants et fins est d'autant plus forte.

2. Des évolutions de caractère général amènent à reconsidérer le cadre de gestion

La Cour des comptes constate une différenciation croissante des branches, différenciation qui s'accompagne d'une professionnalisation des métiers. Auparavant, les régimes de sécurité sociale avaient surtout pour vocation le versement de revenus de remplacement. La mission de chaque branche aurait ensuite évolué dans un sens de plus en plus technique, qu'il s'agisse de la liquidation des droits des assurés (vieillesse, famille) ou de la gestion du risque (maladie).

Ce constat est néanmoins à nuancer car la plupart des dossiers ne posent pas de problèmes. Ils peuvent donc faire l'objet d'un traitement rapide, voire « industriel » en raison des quantités traitées. Dans chaque branche, on observe la même évolution : pour la plupart des dossiers, la distinction entre les tâches d'accueil des usagers et les tâches de traitement des dossiers s'estompe. Grâce aux efforts déployés par les personnels de la sécurité sociale et à l'informatisation croissante, de plus en plus de dossiers trouvent leur solution au premier contact.

Cependant, la branche maladie et la branche famille cherchent de plus en plus à se positionner comme de véritables gestionnaires du risque. Pour la CNAM, s'affirmer comme un « assureur collectif » la conduit à modifier profondément l'organisation de la caisse nationale et du réseau.

3. Les caractéristiques des populations couvertes changent

a) La mobilité est croissante

On remarque une mobilité croissante des populations. Il semble notamment que la gestion des droits des ressortissants étrangers pose des problèmes particulièrement aigus. À titre d'exemple, la certification des données de l'état civil, pour l'assurance maladie, est particulièrement problématique et coûteuse.

b) La population est vieillissante

Il s'agit également d'une population qui vieillit, ce qui a un impact sur les modes de communication. Saura-t-elle notamment s'adapter aux nouveaux modes de communication électroniques? Les plates-formes téléphoniques répondent-elles aux besoins spécifiques de cette classe d'âge ?

c) La montée de la précarité est préoccupante

L'extension de la précarité à des parties croissantes de la population, là encore, est mal prise en compte par le développement des moyens de communication électronique. Pour ces personnes précaires, l'accueil physique reste indispensable. Or, il est particulièrement coûteux, notamment dans les branches famille et maladie.

d) La production croît sans cesse

Enfin, on assiste à une certaine massification de la production. C'est le cas notamment de la branche vieillesse qui devra gérer les départs à la retraite des effectifs très nombreux des salariés nés lors du *baby-boom*. Dans la branche maladie, les exigences et les demandes des assurés sont en progression. À noter cependant que cette croissance permet, grâce à des économies d'échelle, des gains de productivité.

4. Les modes de production sont en constante évolution

L'organisation des branches du régime général et les personnels devront s'adapter aux évolutions majeures des modes de production des années à venir.

a) L'informatisation permet des gains de productivité significatifs, au prix d'investissements coûteux

Les branches se trouvent encore au seuil de la révolution de la dématérialisation des processus qui aura un impact lourd sur la gestion du personnel, la relation à l'utilisateur et la configuration du réseau. Sous certaines conditions, l'informatisation permet des gains de productivité appréciables. Elle coûte cependant de plus en plus cher, alors même que le poids des dépenses en personnel est incompressible (ces dépenses représentent les deux tiers du total des dépenses de gestion administrative).

Le rapport d'audit réalisé conjointement par l'inspection générale des finances et l'inspection générale des affaires sociales sur les dépenses informatiques de la branche maladie du régime général relève que la mise en place des nouveaux systèmes d'information se heurte aux cloisonnements actuels des différentes applications et à l'absence de bases de données uniques ; ainsi il existe aujourd'hui 29 bases ou fichiers d'informations nominatives. Les architectures des systèmes d'information se sont sédimentées, la maintenance et les changements à opérer sont devenus de plus en plus coûteux, et le besoin d'une refonte du système d'information devient de plus en plus évident. La modernisation du système SESAM-Vitale comme la création du dossier médical personnel rendent très nécessaires des changements structurants. Les crédits de la CNAMTS relatifs à l'informatisation ont été sous-utilisés lors de la précédente COG. Il est patent qu'apparaissent aujourd'hui de très grands besoins d'investissement, besoins qu'il

convient néanmoins d'évaluer avec précision afin de bien calibrer la programmation des dépenses.

b) Les départs à la retraite des personnels constituent à la fois une contrainte et une opportunité

Comme beaucoup de secteurs de l'économie française, les organismes de la sécurité sociale vont connaître une vague très importante de départs à la retraite des personnels. Environ un tiers du personnel de la sécurité sociale partira à la retraite entre 2006 et 2010. Les départs sont d'autant plus massifs que le niveau de qualification s'accroît. Ils ne sont pas remplacés intégralement. Le taux de remplacement est d'ailleurs l'un des enjeux des COG. Cette évolution rend nécessaires la formation et la reconversion des personnels, qui devront être capables d'utiliser des équipements informatiques nouveaux et des systèmes d'information de plus en plus complexes. Déjà, les organismes mettent en place des formations permettant le transfert des personnels des fonctions de liquidation aux fonctions de conseil, de gestion des droits et d'accueil physique ou téléphonique.

Les départs à la retraite de ces personnels constituent à la fois une forte contrainte de gestion et une opportunité. Certes, ils obligeront à de nouvelles embauches. Mais ils permettront de rajeunir la pyramide des âges et de concrétiser enfin les gains de productivité résultant de l'usage des nouvelles technologies. De ce point de vue, le régime général se trouve bien à un tournant de son histoire.

c) Les modes de pilotage et les missions évoluent continuellement

Le mode de pilotage des systèmes de protection sociale évolue continuellement. Ainsi, il y a quelques années, les agences régionales de l'hospitalisation ont été créées. La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie instaure des missions régionales de santé et prévoit l'expérimentation d'agences régionales de santé. Les régimes de sécurité sociale doivent s'adapter à ces nouveaux modes de régulation. Ils doivent également s'adapter aux décisions de la tutelle ayant un impact lourd sur leur mode de gestion ; on peut citer l'apposition de la photo sur la carte SESAM-Vitale. De même, les branches du régime général doivent assumer les nouveaux mandats qui leur sont confiés. C'est par exemple le cas de la nouvelle mission de régulation et de gestion du risque confiée à l'assurance maladie.

d) Mais qui définit la stratégie ?

Sur les problèmes décrits précédemment, dont l'intensité varie suivant chaque branche, on relève d'une part un manque de réflexion stratégique à caractère prospectif et d'autre part une carence en matière d'analyse comparative nationale et internationale. Cette lacune en matière de stratégie est soulignée par le rapport d'audit réalisé conjointement par l'inspection générale des finances et l'inspection générale des affaires sociales sur l'informatique de l'assurance maladie. Le pilotage central de l'informatique par la CNAMTS, pourtant l'un des

enjeux majeurs de gestion dans le contexte de la réforme de l'assurance maladie, y est décrit comme déficient. En particulier, la direction de la CNAMTS n'a pas fait une synthèse efficace des différentes demandes émanant des services en matière informatique. En raison de l'absence de stratégie claire, leur budgétisation ne pouvait qu'être inadaptée.

L'analyse de chaque gestionnaire d'organisme semble se limiter à l'horizon de l'organisme et de la branche. Le rapport de la Cour des comptes souligne la difficulté de chaque branche à élaborer une stratégie de gestion, difficulté qui s'est aussi révélée à travers les auditions. La tutelle cherche, grâce aux COG, à faire émerger et faire respecter des orientations stratégiques. Cependant, faute de moyens ou de volonté politique, il subsiste une carence en la matière, et l'État lui-même semble parfois hésiter entre le développement ambitieux de l'instrument de gestion des risques que peuvent représenter les branches de la sécurité sociale et une logique de compression de coûts.

II.- L'EFFICIENCE DE LA GESTION DES BRANCHES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DOIT ÊTRE AMÉLIORÉE

Les développements qui suivent sont des propositions d'ajustements *a minima* destinés à moderniser l'organisation du régime général à moindre coût, tout en augmentant et en adaptant la qualité de service. Il s'agit bien d'accroître l'efficacité du système. Les grands axes de ces changements sont : la mutualisation des ressources, l'adaptation des réseaux, la rénovation de la politique des ressources humaines et la modernisation de la gouvernance. En outre, une série de recommandations s'adresse aux pouvoirs publics, qui seuls peuvent engager des modifications profondes relevant de leur responsabilité propre.

A. LES RESSOURCES ET LES PROCESSUS DOIVENT ÊTRE MUTUALISÉS

L'appel à une mutualisation des moyens répond au constat du cloisonnement excessif posé dans la première partie. Une structure trop petite ne peut assurer une qualité de service satisfaisante. En raison des coûts fixes induits, cette situation conduit à des coûts unitaires élevés, à réduire l'amplitude des horaires d'ouverture de la structure, à une gestion difficile des congés des personnels et à une insuffisante spécialisation des agents. La mutualisation aura donc en outre un impact positif sur la gestion du risque.

Certes, on ne part pas de rien en matière de mutualisation des moyens. À titre d'exemple, elle est déjà effectuée en partie via l'UCANSS, les centres régionaux de traitement informatique (CERTI) dans les branches du recouvrement et de la famille, les centres de traitement informatique (CTI) de la branche maladie et les nombreuses unions de caisses. Il paraît indispensable d'accélérer ces processus et de leur donner une nouvelle impulsion. Cette mutualisation accrue peut prendre deux formes différentes et complémentaires. Il s'agit d'abord de promouvoir la mutualisation des moyens à l'intérieur de chaque branche. En outre, une coopération accrue entre les branches est envisageable.

1. La mutualisation à l'intérieur de chaque branche est un préalable nécessaire

La mutualisation des moyens à l'intérieur de chaque branche n'est pas une orientation nouvelle. Cependant, cette politique n'a pas été appliquée avec suffisamment de vigueur pour dégager les gains de productivité attendus. Il faut aller plus loin et envisager la gestion à l'échelon national de certains processus et de certaines ressources, lorsque cela s'avère intéressant en termes de coûts et de qualité de service.

a) La centralisation des achats et de la gestion des fonctions support doit être assurée au niveau de gestion le plus pertinent

La fonction « achat » recèle encore d'importants gains de productivité, sans dégradation de la qualité du service rendu. Les caisses pourraient profiter des départs à la retraite de nombreux personnels pour recruter et former des acheteurs professionnellement plus qualifiés. Il serait également utile de mettre en place dans les organigrammes des caisses nationales et locales un service achat et une fonction « contrôle de gestion » destinée à identifier les gisements d'économies. Ces propositions étaient déjà présentées par les magistrats de la Cour des comptes dans leur rapport rendu en septembre 2001 sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale. Il faut soutenir tous les efforts de meilleure gestion engagés par les branches en la matière, notamment en termes de gestion des marchés. La fonction achat devrait pouvoir s'appliquer à de nouveaux champs. C'est le cas notamment des contrats de téléphonie, de l'entretien, de la logistique et de la fourniture d'électricité. Dans ce domaine, il est aussi légitime que nécessaire d'évoquer une authentique démarche entrepreneuriale, en évaluant à chaque fois les coûts et les avantages de la solution retenue.

Si cela s'avère avantageux en termes de gestion, il faut accélérer le regroupement à l'échelon régional, voire interrégional ou exceptionnellement national, de la passation des marchés et de la gestion de fonctions support. Cette centralisation accrue doit concerner un nombre de plus en plus élevé de produits, qu'il s'agisse d'informatique, d'édition, de mise sous pli, d'affranchissement ou de formation. Ainsi, en matière informatique, le rapport d'audit de l'IGAS et de l'IGF précité relève que la production gagnerait à être concentrée sur un nombre réduit de sites. D'autres tâches pourraient être plus centralisées, comme la paie, la documentation, les assurances et la formation.

Les caisses d'allocation familiales ont commencé à réorganiser la gestion autour de « pôles régionaux de référence ». Cette évolution va dans le bon sens. Il faut accélérer ce processus. Les réponses apportées par la DSS au questionnaire du rapporteur soulignent le retard des processus de mutualisation dans la branche recouvrement. Selon la réponse de la CNAVTS à l'évaluation de la dernière COG, la mutualisation de certains processus pourrait être favorisée si l'organisme qui rend le service disposait de la faculté de le facturer, générant ainsi des recettes supplémentaires pour son budget. Cette piste pourrait être explorée.

b) Des regroupements peuvent être envisagés en matière de gestion du risque

S'agissant de la gestion du risque, l'opportunité de la centralisation de la fonction contentieuse dans un organisme d'une branche en fonction du ressort des tribunaux des affaires sociales de la région pourrait être étudiée. De plus, la gestion de certains dossiers très techniques pourrait être confiée à un pôle national spécialisé. La branche maladie pourrait s'engager plus avant dans certains domaines, notamment en ce qui concerne le scannage des feuilles de soins : il

pourrait être utile d'étudier les possibilités de créer une plateforme unique, destinée au scannage des feuilles de soins par région ou, le cas échéant, par groupement de départements. Quant à la branche recouvrement, des mutualisations par fonction pourraient être engagées, comme le traitement de la déclaration unique d'embauche.

c) L'interopérabilité des équipements informatiques est nécessaire

Une des priorités des gestionnaires de tous les régimes est d'améliorer la qualité, le nombre et l'interopérabilité des applications des systèmes informatiques. Le régime général s'est bien entendu engagé dans cette voie. Il est nécessaire de poursuivre l'effort engagé.

La gestion des investissements informatiques doit être affinée. L'évaluation précise du retour sur investissement de chaque opération envisagée, en termes d'économies et de qualité de service accrue, est indispensable. À titre illustratif, il est regrettable que l'intervention conjointe de l'IGAS et de l'IGS ait été nécessaire pour que le budget prévisionnel de la CNAMTS en matière d'informatique⁽¹⁾ soit ramené, pour la période 2004-2007, de 2,59 milliards d'euros à 1,45-1,55 milliards d'euros.

La branche maladie doit impérativement améliorer l'interopérabilité de ses systèmes d'information, notamment entre le système administratif et le contrôle médical. Il est indispensable d'accompagner la migration des systèmes vers une architecture plus décloisonnée, plus ouverte, indépendante des organismes et des territoires et surtout la plus évolutive et la plus agile possible. Le passage d'une gestion de paiement et de liquidation administrative à une authentique gestion du risque et à une liquidation médicalisée est à ce prix.

Il faut parvenir très rapidement à une totale compatibilité des systèmes informatiques entre eux. Cela évitera de devoir ressaisir, avec tous les risques d'erreur et les pertes de temps inhérents, les données individuelles lorsqu'un dossier se transporte d'un endroit à un autre – y compris entre deux caisses primaires – comme l'a souligné devant les membres de la mission le directeur du Budget.

Le rapport de l'IGAS et de l'IGF, notant que la création de bases de données régionales oblige à des ressaisies en cas de changement de région, souligne également qu'en matière informatique, la multiplicité des centres de traitement entraîne des difficultés de développement pour l'assurance maladie. La réduction du nombre de sites pourrait être opportune.

Quant à la branche vieillesse, le projet dit « EMI » (évolution des moyens informatiques) prévoit un regroupement des ressources informatiques,

(1) Sans budgétisation des dépenses liées au dossier médical personnel et à l'apposition d'une photo sur la carte Vitale.

actuellement gérées par chaque CRAM, autour de 4 centres. Le gain de productivité attendu, de 30 %, ne sera atteint qu'en 2012. Cela semble excessivement long.

L'informatisation des processus pourrait permettre, d'ici à quelques années, de mettre en place des bornes informatiques interactives dans les organismes et, peut-être à plus long terme, dans les lieux publics (gare, centres commerciaux...), offrant à chaque assuré la possibilité de réaliser sur ces bornes le maximum d'opérations. Ces bornes pourraient même être multibranches. Leur mise en place sera l'occasion de compenser, dans une certaine mesure, les départs à la retraite et de dégager des ressources en personnel pour des missions plus complexes et plus en contact avec les assurés, comme la gestion du risque ou l'accueil physique des populations les plus fragiles.

Enfin, l'assurance maladie doit pouvoir rapidement développer des services en ligne orientés vers les assurés. Sur ce domaine, elle est en retard sur les CAF. Il semble plus rationnel d'offrir la possibilité à l'assuré de consulter lui-même son relevé en ligne que de mobiliser de coûteuses ressources humaines pour rendre ce service relativement simple.

d) La mise en place d'une gestion nationale de certains processus serait opportune

Il faut s'engager résolument dans une gestion à l'échelon régional, voire national, de certains processus actuellement gérés au niveau local. Cette centralisation permet de spécialiser des effectifs dans la gestion d'une procédure. Grâce aux efforts de formation engagés, cela accroît leur efficacité. Le succès de la gestion centralisée et nationale du dispositif du chèque emploi service en est une des preuves. Dans cette perspective, le « versement en lieu unique » (VLU) devrait aussi être étendu aux petites et moyennes entreprises disposant de plusieurs établissements sur le territoire national.

La centralisation d'un processus sur un ou deux sites nationaux doit obéir à des impératifs de meilleure gestion. À cet égard, il pourrait être particulièrement opportun d'organiser un appel d'offres sur tout le réseau pour déterminer quel organisme local sera chargé de la centralisation de la gestion d'un dispositif national.

La gestion de l'accueil pourrait faire l'objet d'une centralisation accrue. L'accueil physique et téléphonique a longtemps été un des points noirs du régime général. La mise en place de « numéros verts » nationaux et de centres d'appels organisés sur une base nationale ou interrégionale constituerait un progrès significatif. Elle permettrait notamment d'élargir l'amplitude de l'horaire d'accueil téléphonique dans les branches.

La branche vieillesse est déjà organisée sur des bases régionales et interrégionales, autour des caisses régionales de l'assurance maladie. Elle a une particularité : pour la région Ile-de-France, la caisse nationale remplit la mission

de caisse régionale. Compte tenu du rôle qu'exerce la CNVATS dans cette région, un débat est né parmi les membres de la mission autour de la question de l'opportunité de la mise en place d'une organisation nationale centralisée de la liquidation des pensions de retraites du régime général. Cette proposition permettrait de faire jouer plus facilement des synergies avec d'autres régimes organisés sur une base plus centralisée. Au besoin, il serait possible de mettre en place des plates-formes téléphoniques d'accueil organisées au niveau de grandes circonscriptions régionales. Cependant, il semble que l'organisation existante, sur une base régionale ou interrégionale, soit satisfaisante.

2. La coopération interbranche doit être davantage développée

La mutualisation des moyens entre les branches reste en friche, malgré quelques avancées comme la gestion de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) qui donne lieu à une coopération entre la branche famille et la branche recouvrement. Il existe d'autres domaines où une coopération accrue pourrait donner des résultats intéressants : les fonctions « support » et la création d'un fichier interbranche des assurés.

a) La mise en commun des fonctions support est envisageable

On peut envisager de s'engager dans un processus beaucoup plus marqué de mutualisation des moyens entre les branches, particulièrement sur les « fonctions support » qui correspondent à la logistique des branches. Cela concerne notamment : l'éditique, la mise sous pli, le contentieux, le recouvrement, la gestion de l'immobilier, l'informatique, la paierie, le courrier et les télécommunications... L'achat de licences de logiciels, compte tenu de leur coût, pourrait également faire l'objet d'une coopération interbranche accrue.

Au besoin, il pourrait être créé des groupements *ad hoc* entre caisses nationales et organismes. Le cas échéant, et sur certains produits, on pourrait suggérer de centraliser complètement la fonction « achats » en privilégiant la coopération interbranche.

b) La création d'un fichier informatique interbranche des assurés est à étudier

La coopération interbranche trouverait utilement à s'appliquer dans la création d'un fichier d'identification des assurés interbranches ou dans l'utilisation d'une base de données existante (fisc, fichier INSEE...). Cette suggestion formulée par un gestionnaire de caisse réduirait les erreurs d'identification, les risques de fraudes, et garantirait l'interopérabilité des systèmes d'information de chaque branche. Il ne faut pas sous-estimer sa difficulté de mise en place, qui exigera le respect de l'exigence de confidentialité. Cependant, il semble assez pertinent que le régime général puisse, sous réserve des dispositions relatives à la protection des données personnelles, disposer et utiliser un identifiant unique correspondant à chaque assuré. À signaler que la nouvelle COG de la CNAF

prévoit la création d'un répertoire national de branche. Compte tenu de ces retards, le chemin vers l'interbranche sera donc long.

B. L'ADAPTATION DES RÉSEAUX PASSE PAR LE REGROUPEMENT DES CAISSES ET LA CONSERVATION DES IMPLANTATIONS

La question de la carte des réseaux ne doit pas rester « taboue » mais faire l'objet d'une politique adaptée. Les obstacles sont nombreux, qu'il s'agisse de la résistance des élus locaux, des réticences des conseils et des craintes des personnels ou des assurés. Après l'établissement d'un véritable audit tenant compte des spécificités de la branche et du territoire donné, la piste à suivre, avec le plus grand pragmatisme, est plutôt de viser un regroupement des organismes dotés de conseil au niveau départemental ou régional. Ce regroupement de caisses et leur « concentration » ne signifient aucunement la suppression systématique des implantations existantes, éventuellement destinées à fonctionner comme antennes locales.

1. La modification de la carte des réseaux ne relève pas d'une mission impossible

Au sein de chaque branche, il faut distinguer l'organisation de la proximité, autour d'agences et d'antennes, et la répartition des organismes dotés de conseil. L'organisation fonctionnelle des réseaux s'adapte pour suivre les exigences de proximité des usagers, comme le montre l'exemple de la déconcentration réussie de l'URSSAF de Paris ou le réaménagement du réseau de la CPAM de Paris, rendus possibles par un pilotage adapté et la mobilisation efficace des personnels. Pourtant, l'organisation juridique est restée étonnamment stable.

Or, il est possible de restructurer ce type de réseau. Ainsi, la Mutualité sociale agricole (MSA) a adapté le format de son réseau, qui est passé de 74 organismes en 2001 à 58 en 2005, certes dans un contexte démographique favorable. La création du régime social des indépendants devrait aussi s'accompagner d'un plan de restructuration du réseau.

2. Les avantages attendus de l'adaptation de la carte des réseaux sont nombreux

L'adaptation des réseaux pourrait passer par un regroupement des caisses au niveau départemental ou régional. Quels sont les avantages attendus ?

a) La gestion du risque, au service des assurés, gagnerait en qualité

La reconfiguration du réseau pourra réduire les risques d'inégalité de traitement entre assurés. Elle permettra de renvoyer le traitement de certaines situations complexes à un niveau plus élevé, permettant de faire prévaloir une

application du droit uniforme sur la circonscription considérée. La même remarque vaut pour l'action sociale : si elle doit être mise en œuvre au plus près des usagers, elle doit être élaborée selon une logique régionale cohérente, en liaison avec les autres institutions compétentes.

À ce titre, il pourrait être utile d'étudier le transfert de la compétence de la reconnaissance de l'accident de travail ou de la maladie professionnelle à la CRAM, la liquidation restant assurée par la CPAM. Cela correspond d'ailleurs à une recommandation d'une étude réalisée par l'IGAS, qui pointe les résultats attendus : un contentieux réduit et une égalité de traitement assurée.

b) La gestion serait moins coûteuse

La modification du réseau aura également un impact positif sur les dépenses de gestion. À titre d'illustration, et sans préjuger de l'opportunité d'un regroupement systématique des caisses au niveau du département, les magistrats de la Cour des comptes ont estimé que la fusion des caisses infra-départementales, dans toutes les branches, permettrait de dégager des économies d'un montant de cent millions d'euros. La standardisation des modes de gestion et l'informatisation des systèmes permettent d'envisager la suppression de caisses locales sans que ni la qualité de gestion ni le service rendu aux assurés ne soient mis en cause. Ainsi, la MSA a constaté que les coûts de gestion des caisses fusionnées baissaient plus que dans les autres caisses. En effet, disposer d'une taille critique, pour une caisse, c'est l'assurance de disposer des compétences et des techniques nécessaires (comptabilité analytique, contrôle qualité...) pour la meilleure gestion possible.

Votre rapporteur remarque à ce propos que la politique de développement des plates-formes téléphoniques dans la branche maladie n'a pas visé chaque caisse primaire isolément, mais a bien opportunément été organisée au sein de pôles dédiés.

c) La démocratie sociale serait renouvelée et renforcée

Le regroupement des conseils sur une base départementale ou régionale permettrait de donner une nouvelle force et une nouvelle légitimité à ces organes. Dans ce cadre, ils disposeraient de moyens accrus et pourraient mieux exercer leur mission, en cohérence avec les acteurs locaux organisés sur la base de circonscriptions administratives régionales ou départementales (conseil général, ARH...). Le dialogue entre toutes les institutions de la protection sociale, étatique, locale et sociale, serait grandement facilité.

3. Les conditions d'une adaptation du réseau doivent être réunies

a) La définition d'une stratégie d'implantation territoriale de branche est nécessaire

Le préalable nécessaire doit être la définition, par chaque branche, d'une stratégie globale territoriale, définition à laquelle participeraient les directeurs, les

conseils des caisses ainsi que des représentants des collectivités locales. Cette stratégie devra tenir un arbitrage entre la carte des structures juridiques et l'implantation des antennes de proximité. Elle devra prendre en compte la dématérialisation des procédures : « corbeille électronique », télédéclaration des ressources pour la branche famille, dématérialisation des données sociales pour la branche vieillesse...

Grâce à l'usage accru des nouvelles technologies, cette stratégie devra poursuivre l'objectif d'assurer le même niveau de service dans chaque antenne ou agence qu'à l'organisme de base, évitant aux usagers tout déplacement inutile. L'élaboration de cette stratégie pourra également être facilitée par des études, encore à réaliser, sur la taille optimale d'un organisme de sécurité sociale. Ces études devront prendre en compte à la fois la qualité du service à assurer et les coûts de gestion correspondants. Dans chaque branche, il semble qu'une caisse ne soit efficiente qu'au-delà d'une taille critique, qu'il reste à déterminer. Au-delà d'un certain seuil, l'efficacité diminue. S'agissant du niveau des coûts en fonction de la taille, il existe, comme le montre le rapport de la Cour des comptes, une « courbe en U ».

b) Une méthode peut être esquissée

Cette stratégie ainsi élaborée doit ensuite être validée par la tutelle puis inscrite dans le cadre des COG. En effet, compte tenu de son impact potentiel, la restructuration du réseau n'aboutira qu'avec le soutien de l'État, qui doit dégager et imposer une ligne politique claire en la matière. La tutelle doit faire prévaloir, le cas échéant, une logique de fusion d'organismes sur une logique de plates-formes communes.

Grâce à une information adaptée sur la stratégie territoriale et au besoin grâce à la mise en place de mécanismes d'incitation, il est essentiel que les personnels soient impliqués dans la démarche. L'adaptation des réseaux pourrait d'ailleurs être facilitée par les mouvements naturels des départs à la retraite de directeurs de caisse. La mise en place préalable de « commissions politiques » communes aux organismes concernés, organes chargés de la conduite du projet, sur le modèle de la MSA, serait un facteur facilitant. Toujours sur le modèle de la MSA, des « fédérations d'organismes » pourraient précéder les fusions. Cette configuration permet de conserver à titre transitoire deux conseils et deux directions, afin qu'avec le temps, la nécessité de la fusion soit bien acceptée.

C. UNE POLITIQUE DE RESSOURCES HUMAINES FAVORISANT LA MOBILITÉ ET L'ENGAGEMENT DES PERSONNELS DOIT ÊTRE DEVELOPPÉE

Les personnels des caisses de la sécurité sociale ont réussi à répondre aux nouvelles exigences de gestion et de service, comme le montre, par exemple, la création des plates-formes téléphoniques. Tout indique qu'ils sont prêts, sous certaines conditions, à poursuivre ces efforts.

1. La question des ressources humaines est centrale

Les dépenses de personnel représentent près de 67 % des dépenses de gestion. Aucune réforme de la gestion de la sécurité sociale ne pourra se faire sans le soutien et la participation active de ces personnels. Il est donc nécessaire de leur exposer clairement la nécessité des changements et de définir les moyens de les mobiliser au service d'une amélioration du service rendu à l'assuré, dans le cadre d'une organisation rénovée et plus efficace. La situation juridique de ces personnels est particulière : il s'agit d'un statut de droit privé, la convention collective unique étant soumise à l'agrément ministériel. Les changements nécessaires doivent intervenir par la négociation, la tutelle devant cependant jouer un rôle moteur dans la démarche.

2. Chaque tête de réseau doit s'engager dans une politique active de gestion et de mobilité des ressources humaines

L'action indépendante de chaque caisse locale ne peut conduire à une gestion efficace des ressources humaines au niveau du réseau. Or, les moyens juridiques manquent aux têtes de réseau.

a) Le rôle de la tête de réseau doit être renforcé

Il appartient à la tête de réseau, et particulièrement aux directeurs des caisses nationales, d'engager une réflexion sur l'avenir des métiers de sa branche, avec les moyens en formation correspondants. Elle doit mener une réflexion à caractère véritablement stratégique sur la gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences, et, selon l'expression de la Cour des comptes, passer enfin de l'« animation » du réseau à son « pilotage ». C'est un véritable projet d'entreprise qu'elle doit porter.

À cette fin, chaque branche doit notamment établir un bilan social de branche. Ce bilan permettrait notamment de recenser et d'analyser les données relatives à l'absentéisme. La Cour des comptes a relevé que la réduction d'un point du taux d'absentéisme permettrait un gain de 644 équivalents temps plein (ETP). Ce bilan pourrait également fournir l'occasion d'identifier plus précisément l'impact de l'aménagement et de la réduction du temps de travail sur le service rendu et la politique de ressources humaines.

La tête de réseau doit assurer une veille en matière de compétences, particulièrement en matière d'informatique. Elle doit être également en mesure de détecter les potentiels pour les cadres, ce qui est là encore particulièrement nécessaire en matière d'informatique de réseau. Chaque réseau doit créer une direction des ressources humaines commune aux organismes et à la tête de réseau, afin de fluidifier les carrières et encourager la mobilité. L'aide technique de l'UCANSS pourrait être utile, mais la Cour des comptes relève que la collaboration entre cette institution et les caisses est insuffisante dans ce domaine. En particulier, la création d'un observatoire « prospectif » des emplois et des

compétences au sein de l'UCANSS serait particulièrement opportune, notamment en ce qui concerne les ressources humaines informatiques.

On peut également se demander si les personnels des caisses doivent tout faire. Dans certains domaines, il pourrait être envisageable, sous certaines conditions, d'externaliser davantage la gestion de certains processus, en vue de dégager des ressources pour le cœur de l'activité des caisses, particulièrement l'accueil physique, le conseil, la gestion des droits ou le contrôle médical. Dans certains domaines, l'externalisation a eu des conséquences négatives, par exemple en matière de développement informatique, où la maîtrise d'ouvrage doit pouvoir mobiliser des ressources internes significatives.

b) La mobilité doit être encouragée

Il pourrait être opportun d'introduire dans les contrats de travail ou dans la convention collective, par la négociation, des éléments favorisant la mobilité géographique et fonctionnelle des agents. Afin de faciliter les nécessaires mutations décrites plus haut, il faut en effet promouvoir et accroître la mobilité géographique et professionnelle des personnels, particulièrement des cadres et des personnels de direction. Cette mobilité pourrait être organisée en fonction de plusieurs paramètres : temps passé dans le poste, difficulté liée au poste, situation familiale... Elle pourrait d'abord ne concerner que les organismes géographiquement proches, avec les incitations adéquates et des procédures adaptées. Il faut, en outre, accroître la fluidité des mouvements de personnels et la mobilité interbranches, ce qui passe par la promotion du rôle de l'UCANSS dans ce domaine. Quant à la mobilité fonctionnelle des personnels dans leur ensemble, qui deviendra de plus en plus nécessaire avec l'informatisation et les départs à la retraite, elle doit être encouragée par toutes les mesures de formation adéquate.

c) Une réflexion sur la carrière des personnels de direction s'impose

Une réflexion spécifique doit s'engager sur la carrière des personnels de direction. À ce titre, l'exploitation systématique des résultats des entretiens d'évaluation et de la notation sera utile, en cohérence avec les bilans d'exécution des CPG. La satisfaction à une obligation de mobilité géographique ou interbranche pourrait devenir une condition à l'accès à un poste plus important dans un autre organisme. Les incitations financières à la mobilité pourraient être renforcées. Le cas échéant, il serait utile d'envisager d'imposer une durée maximale dans certaines fonctions de direction.

3. Il faut promouvoir des systèmes de rémunération, d'intéressement et d'avancement innovants et motivants

a) Le réexamen du rôle de l'UCANSS en matière de négociation collective doit être envisagé

Une avancée importante serait de transformer les accords conclus au niveau de l'UCANSS – tels les accords de novembre 2004 et février 2005 sur les

rémunérations, l'évaluation et la formation des agents – en véritables « accords-cadres ». Les branches pourraient ensuite les adapter de manière plus souple qu'actuellement. Ce changement permettrait de décentraliser davantage la négociation et de l'adapter précisément aux métiers de chaque branche.

b) La politique de rémunérations doit être modernisée

Afin que les personnels du régime général voient leurs efforts mieux reconnus, il serait bon de mettre en place, par la négociation, de systèmes de rémunérations plus individualisés, le cas échéant en échange d'avancées en termes de service rendu à l'assuré. Il faudrait envisager dans ce cadre des processus plus spécifiques à chaque branche en fonction de leurs objectifs spécifiques. Le cas particulier de certaines compétences, comme celles d'ingénieurs informaticiens réseaux, devrait être pris en compte.

c) L'intéressement doit être davantage développé

L'intéressement ne doit pas devenir un substitut aux mesures salariales générales. Il est essentiel que la politique d'intéressement accorde aux gestionnaires locaux une marge de manœuvre supplémentaire significative, pour accroître la part « locale » et personnalisée de l'intéressement. Il serait nécessaire, dans cette optique, de relier les mesures d'intéressement aux résultats de l'exécution des contrats pluriannuels de gestion.

d) L'avancement doit privilégier les performances et le mérite

Comme le note la Cour des comptes, l'avancement à l'ancienneté doit laisser une place aux critères individuels de promotion au choix, plus respectueuse de l'engagement et des performances de chacun. Ces mesures doivent être accordées en respectant les classifications d'emplois en vigueur, et non comme alternative à des mesures salariales. Cela nécessite aussi une profonde réforme des mécanismes d'appréciation de chaque agent.

**D. LA GOUVERNANCE DES BRANCHES DU RÉGIME GÉNÉRAL
MÉRITE DES AMÉNAGEMENTS**

Pour faciliter les changements décrits plus haut, deux changements paraissent indispensables : la rénovation de l'outil des conventions d'objectifs et de gestion d'une part, et l'accroissement des compétences des têtes de réseau d'autre part.

1. L'amélioration de l'outil des COG augmentera l'efficacité de la gestion des coûts

Les organismes de sécurité sociale se trouvent placés dans une situation de monopole ; organismes privés, ils remplissent une mission de service public. Afin de responsabiliser les gestionnaires des branches, l'outil de la contractualisation

reste indispensable. La COG est en quelque sorte l'instrument de régulation du monopole. Son extension récente à la branche accidents du travail et maladies professionnelles et à d'autres régimes que le régime général est d'ailleurs très opportune. L'outil reste néanmoins perfectible.

a) L'amélioration de la productivité doit devenir un objectif à part entière des futures COG

Il existe un certain consensus entre la Cour des comptes, la tutelle et certains gestionnaires des branches pour recentrer les COG et leur application sur la nécessaire amélioration de la productivité. La MECSS ne peut qu'encourager les partenaires à la négociation d'avancer dans cette voie. Les COG à venir et les futurs CPG devront donc comporter des objectifs de productivité bien précis.

Les COG précédentes ont porté l'accent sur l'amélioration de la qualité du service rendu. Elles ont d'ailleurs permis aux organismes de la sécurité sociale de rattraper leur retard, même si des progrès sont encore possibles. Ces progrès peuvent concerner l'amplitude horaire de l'accueil, la dématérialisation, l'utilisation des nouvelles technologies (courrier électronique, forums de discussion...) ou l'accessibilité des services aux personnes handicapées. Il reste maintenant à garantir ce niveau de service, tout en améliorant l'efficacité des branches et en adaptant leur organisation aux défis à venir.

Les indicateurs relatifs à la productivité pourraient être affinés. On peut ainsi se demander s'il ne serait pas plus incitatif de supprimer les références à la productivité moyenne d'un groupe de caisses pour fixer des objectifs plus ambitieux. S'agissant des dernières COG de la branche vieillesse et famille, on ne peut que regretter l'absence dans le corps même de la COG d'engagements chiffrés sur la réduction des écarts de coûts entre les caisses.

b) La définition d'objectifs et d'indicateurs adéquats reste un enjeu majeur des prochaines COG

Il reste à définir des indicateurs pertinents pour mesurer l'amélioration de l'efficacité (et non pas seulement l'efficacités) des branches. Ces indicateurs doivent être fiables, ce qui ne semble pas encore être partout le cas. À titre d'exemple, lors de l'audition de la responsable de l'URSSAF de Paris, certaines des données présentées se sont révélées non cohérentes avec celles fournies par l'ACOSS. De même, il subsiste des divergences sur le coût de gestion d'un « chèque emploi service » entre l'ACOSS et la Cour des comptes. Enfin, le pilotage du réseau exige que soient enfin produites des données certifiées relatives aux effectifs du régime général... Certains indicateurs pertinents pourraient être communs aux branches ce qui permettrait d'établir des comparaisons. Il serait également nécessaire que la Direction de la sécurité sociale soit systématiquement destinataire des études réalisées par les têtes de réseau sur les différences de coûts et de performances entre caisses locales.

Un document⁽¹⁾ rédigé par les DRASS et consacré à l'évaluation de la qualité du pilotage dans les organismes de la sécurité sociale comprend, s'agissant des branches du régime général, des remarques pertinentes et des recommandations. Il montre notamment que si des tableaux de bord et des indicateurs assez sophistiqués (entrepôts de données, outils de contrôle de gestion...) sont élaborés au niveau national, l'impulsion et la volonté nécessaires manquent pour les diffuser à l'échelon local où ils peuvent être effectivement utilisés.

Dans ce contexte, le préalable à la production d'indicateurs d'efficience fiables et à la rénovation de la gouvernance des caisses est l'extension de la comptabilité analytique à toutes les branches, particulièrement les branches recouvrement et famille. Cette mise en place, réelle et effective, au niveau local comme au niveau national, permettra de dégager des coûts complets par fonction. Il pourrait être envisagé d'imposer une obligation juridique de tenue de comptabilité analytique aux caisses. Il semble aussi opportun d'introduire dans les COG la création d'un « observatoire des charges et des coûts ».

Il conviendrait en tout état de cause d'étendre l'application d'indicateurs de productivité à toute l'activité de la branche considérée, dans la mesure où cela est possible. C'est ainsi le cas du contrôle médical ou de l'action sociale. La COG de la branche famille s'engage timidement dans cette voie en établissant des indicateurs de *production* en matière d'action sociale (exemple : nombre de médiations familiales effectuées). Il aurait été intéressant d'identifier les moyens mis en œuvre pour dégager des objectifs de *productivité* dans le domaine de l'action sociale. Pour les indicateurs de performance économique, cette COG renvoie d'ailleurs à un travail à effectuer durant l'exécution de la convention, ce qui laisse un doute quant à son application rapide.

Il convient également de mettre en place des budgets de gestion administrative unifiés dans chaque branche, ce qui améliorera la lisibilité de l'exécution des COG en matière de dépenses du personnel.

c) Des changements sont nécessaires dans le processus de contractualisation

Les engagements rassemblés dans les COG doivent être en nombre restreint afin d'éviter de transformer la convention en une sorte de catalogue. S'agissant des contrats pluriannuels de gestion (CPG), chaque caisse nationale pourrait cibler ses efforts de contractualisation sur les organismes les plus demandeurs. Les organismes éprouvant le plus de difficultés, ou en cours de restructuration, nécessitent un suivi particulier. Il serait également souhaitable que toutes les COG (maladie, AT-MP, famille, vieillesse et recouvrement) soient conclues pour une période de temps identique, ce qui faciliterait la gestion des

(1) « La qualité du pilotage dans les organismes de la sécurité sociale », rapport de la mission d'évaluation des conventions d'objectifs et de gestion.

CRAM. En outre, les mécanismes d'intéressement et de sanction mis en place dans le cadre des COG et des CPG, différents selon les branches, pourraient être renforcés.

La procédure des COG est inadaptée au développement de plans informatiques d'ensemble. En raison de leurs coûts et de leur importance stratégique, ces plans exigent un suivi spécifique de la tutelle. Ainsi, l'autorisation pluriannuelle de dépenses devrait être donnée par « tranches », recouvrant un programme précis. Des clauses de rendez-vous périodiques permettraient à la tutelle et aux gestionnaires de caisse de faire ensemble le point sur la consommation des crédits et le niveau des réalisations. Cependant, on peut émettre des doutes sur la capacité des tutelles à assurer un véritable contrôle de l'application de la COG en matière informatique, contrôle qui nécessite des moyens conséquents.

Les tâches effectuées par les organismes doivent être rémunérées à leur juste coût. Ainsi, le rapport de la Cour des comptes réalisé à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat sur l'indemnisation des victimes de l'amiante souligne le poids des coûts de gestion des dispositifs mis en place par le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), dispositifs gérés par les CRAM. Une convention conclue le 9 novembre 1999 fixe à 2 % du montant total des allocations servies la rémunération des CRAM. Or, selon les données de la Cour des comptes, les sommes reçues par les CRAM à ce titre seraient très inférieures aux budgets effectifs de gestion.

d) Le format des enveloppes financières doit être adapté

Il est nécessaire d'adapter le format des enveloppes financières des COG en évitant de baser les dotations sur la consommation de la dernière année, ce qui conduit à des enveloppes pluriannuelles mal ajustées. Selon les informations fournies par un représentant de la Cour des comptes lors de l'audition du Premier Président, M. Philippe Séguin, sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale⁽¹⁾, la négociation et la conclusion de la COG de la branche vieillesse ont effectivement suivi ce principe. En revanche, cela n'a pas été le cas de la branche famille, ce qu'on ne peut que regretter.

De même, le mécanisme de reports des éventuels excédents à l'intérieur de la COG doit inciter les caisses à la meilleure gestion possible. Il serait également préférable d'éviter de conclure des avenants en cours de COG pour mieux responsabiliser les gestionnaires.

(1) *Compte rendu de la réunion du 14 septembre 2005 de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.*

e) La démarche de certification peut être étendue

La certification des organismes de sécurité sociale constitue une démarche à favoriser. Elle présente l'avantage d'utiliser des critères objectifs et d'apporter un regard extérieur sur la gestion. En outre, du point de vue des ressources humaines, elle incite tous les personnels à engager une réflexion sur leurs métiers et leurs conditions de travail. Elle crédibilise l'action des caisses vis-à-vis de leurs interlocuteurs. *In fine*, elle est le gage du maintien d'un haut niveau de service pour l'assuré.

Il pourrait donc être intéressant de mettre en place un calendrier de certification de chaque organisme local et national. Il est essentiel que la certification concerne l'intégralité du champ d'activité de chaque organisme. La tête de réseau devrait apporter son soutien logistique, financier et politique aux démarches de certification. Cette démarche déjà engagée dans la branche maladie devrait être encore renforcée dans les branches recouvrement et famille.

2. Les compétences des directeurs des caisses nationales et locales doivent être renforcées

La gestion efficace des réseaux exige, compte tenu de la professionnalisation croissante de chaque branche, un pilotage fort de la part des têtes de réseau respectives. Seul ce véritable pilotage permettra d'engager les démarches de mutualisation évoquées précédemment et de mettre en place les nouveaux systèmes d'informations. Il s'agit d'un élément clef de la gestion du régime général.

Il est donc proposé que, sur le schéma de la réforme des instances dirigeantes de la CNAMTS, les compétences des directeurs des caisses et réseaux nationaux (ACOSS, CNAF et CNAV) soient renforcées. Ils doivent disposer de la compétence de nomination des agents de direction. Le cas échéant, une procédure nécessitant une majorité qualifiée pourrait permettre au conseil de s'opposer au choix du directeur du réseau. Cette modification aboutira à la mise en place d'une authentique gestion des carrières des cadres dirigeants. Celle-ci reste très difficile à organiser tant que chaque décision de nomination dépend d'organes spécifiques et différents, sur l'ensemble du territoire. Cela permettra une gestion plus managériale du réseau, facilitera les éventuelles opérations de restructuration et entraînera une mutualisation des bonnes pratiques.

Les conseils des caisses nationales fixeraient les grandes orientations et resteraient compétents pour les relations institutionnelles, notamment dans le cadre de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

D'autres mesures contribueraient à renforcer les têtes de réseau. À l'occasion de chaque départ d'un directeur d'organisme, la tête de réseau pourrait faire réaliser un audit externe de la situation de l'organisme. De plus, dans les

branches vieillesse et famille, la tête de réseau doit pouvoir fixer des critères de base et des définitions communes pour la gestion de l'action sociale.

Enfin, la disposition de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 modifiant l'article L. 114-6 du code de la sécurité sociale relatif à l'accroissement des compétences des comptables nationaux par rapport aux comptables locaux exige la publication d'un texte réglementaire pour devenir pleinement applicable.

Parallèlement, les pouvoirs de directeurs d'organismes locaux doivent être accrus, notamment en termes de gestion des ressources humaines.

E. L'AMÉLIORATION DE LA GESTION RELÈVE AUSSI DE LA RESPONSABILITÉ DE L'ÉTAT

Comme l'ont montré les auditions de la mission et les déplacements du rapporteur, l'amélioration de l'organisation des branches et de l'efficacité de leur gestion ne dépend pas exclusivement des gestionnaires et des personnels des branches. Un certain nombre de recommandations adressées au gouvernement et au Parlement permettrait d'aider les branches à améliorer leur gestion.

1. La simplification risque-t-elle de mettre en cause l'équité ?

Compte tenu du constat de la complexité croissante de la législation et de la réglementation sociale, l'objectif de simplification des règles est naturellement apparu au sein de la mission. Cependant, simplifier un dispositif social met nécessairement en cause les droits des assurés ou, du moins, de certains d'entre-eux. Le souhait de simplification peut se heurter à d'autres impératifs, également légitimes.

Ainsi, le rapport 2004 du Médiateur de la République pointe le fait que les prestations, lorsqu'elles ne dépassent pas un faible montant, ne sont pas versées. Cette économie de gestion pour les branches est préjudiciable à certains assurés.

De même, l'évaluation forfaitaire des ressources a été critiquée, alors qu'elle est plus simple à gérer. La remarque vaut également pour les services des CRAM dédiés à la tarification des entreprises en matière de risque AT-MP : la simplification du dispositif, légitime ou non, permettrait de dégager des ressources supplémentaires pour la prévention.

2. Les conditions d'élaboration et d'application des lois et de la réglementation doivent prendre en compte les conditions de gestion

Tous les gestionnaires des branches sont unanimes pour souligner combien les modalités de mise en œuvre des nouveaux textes législatifs sont peu satisfaisantes. Il semble que l'impact des propositions de mesures législatives sur

l'organisation de la sécurité sociale soit régulièrement sous-estimé, comme l'a montré par exemple la mise en œuvre de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites et en particulier la réforme des conditions du versement des pensions de réversion. Les conséquences administratives pour les branches de nouvelles dispositions législatives devraient donc être systématiquement et précisément évaluées au préalable. Le résultat de ces études d'impact devrait être transmis au Parlement. Cela suppose une mobilisation accrue de la Direction de la sécurité sociale.

Les lois devraient également fixer des délais raisonnables de mise en application. Une fois la loi promulguée, il est évidemment indispensable d'accélérer la sortie des textes réglementaires. Comme l'ont souligné les personnes auditionnées, les éventuels retards posent de sérieux problèmes de gestion aux organismes. Il faut veiller à ce que la complexité des textes législatifs – voire leurs éventuelles contradictions – la sortie tardive des textes d'application et la succession de périodes transitoires ne soient pas préjudiciables aux assurés en raison des problèmes de gestion induits.

Enfin, le Parlement doit aussi se montrer vigilant sur les objectifs fixés aux gestionnaires du régime général. La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, avec les programmes de qualité et d'efficience, lui donne des outils nouveaux. La présence de parlementaires aux conseils de surveillance des caisses nationales est aussi le moyen de renforcer l'attention de la représentation nationale aux conditions de gestion des organismes.

3. Certaines questions exigent un arbitrage politique

a) Il faut passer à la vitesse supérieure en matière de télétransmission des feuilles de soins électroniques

La télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE) constitue un progrès majeur pour la gestion de l'assurance maladie. Elle permet des gains de productivité importants et l'allocation de moyens vers les fonctions d'accueil et de contrôle. Cependant, la télétransmission est inégalement répandue chez les professionnels de santé. Elle est ainsi généralisée chez les omnipraticiens mais moins répandue chez les spécialistes, en particulier chez ceux exerçant en région parisienne.

Certes, il s'agit essentiellement d'un enjeu des négociations conventionnelles entre les caisses et les représentants des professions de santé ; cependant, il convient d'accroître significativement et rapidement la proportion de professionnels, et en particulier de spécialistes, pratiquant la télétransmission. L'objectif à moyen terme serait d'introduire une obligation de transmission. Si les incitations ne suffisaient pas, il conviendrait également d'engager les travaux permettant, le cas échéant, d'appliquer la télétransmission aux établissements de santé privés, dans la perspective de la tarification à l'activité, et d'augmenter significativement la proportion de personnels paramédicaux concernés.

b) La mise en place du dossier médical personnel doit être préparée dans la plus grande concertation

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie met en place les conditions de la création d'un dossier médical personnel. Compte tenu de l'enjeu que représente ce dossier médical personnel pour notre système de santé et d'assurance maladie, il semble nécessaire que la réflexion sur la mise en place du dossier médical personnel intègre très en amont la branche maladie et les organismes de protection complémentaire. Cela permettrait de réduire les doublons et de garantir une certaine interopérabilité des systèmes, dans le respect des dispositions relatives au secret médical.

Par ailleurs, il serait souhaitable d'étudier la possibilité de mettre à la disposition de chaque assuré social une clé USB contenant les informations médicales personnelles auxquelles il pourrait accéder.

c) L'utilisation de certaines données de l'administration fiscale par les organismes sociaux pourrait être un plus

La procédure de déclaration de ressources est très coûteuse à mettre en œuvre et peine à mesurer précisément les ressources des assurés à un moment donné. Par souci de simplification, il pourrait donc être envisagé de croiser les fichiers de l'administration fiscale et ceux des organismes sociaux (branche famille et maladie) dès la procédure d'instruction des demandes. La rédaction en vigueur de l'article L. 152-A du livre des procédures fiscales prévoit déjà que l'administration fiscale communique aux organismes débiteurs des prestations familiales les informations nécessaires au contrôle. La délégation aux usagers et aux simplifications administratives (DUSA) pourrait faire de cette question l'un de ses chantiers afin de réaliser une évaluation des coûts et des bénéfices de la proposition. La complexité de sa mise en œuvre ne doit cependant pas être sous-estimée en raison de l'impératif de sécurisation du circuit des données.

De même, il convient d'accélérer les processus de dématérialisation de certaines procédures d'état civil dans les mairies, notamment l'édition d'extraits d'actes de naissance, pièces demandées par les organismes de sécurité sociale. L'État doit encourager toutes les démarches facilitant les relations directes, rapides, faisant appel aux nouvelles technologies entre les organismes sociaux et les services de l'état civil.

4. La simplification de certaines règles est de nature à alléger les charges de gestion

De manière paradoxale, il est souvent compliqué de simplifier. Certaines personnes auditionnées ont recommandé la stabilisation du cadre normatif plutôt que sa simplification. Le rapporteur a cependant demandé, lors de chaque audition, que lui soient communiquées des propositions de simplification. Les développements suivants, de portée inégale, sont le reflet de ces propositions.

a) Le cadre législatif et réglementaire de la branche maladie mérite des simplifications

Le mode de calcul et de versement des indemnités journalières a été présenté par de nombreux intervenants comme excessivement complexe. Cependant, aucune proposition concrète n'a été formulée. Le rapporteur relève que ce constat de complexité excessive est également fait par la Cour des comptes dans son rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, qui souligne que la liquidation mobilise des ressources qui pourraient être utilement affectées au renforcement des contrôles. Le rapport ajoute que la subrogation des entreprises aux assurés, facteur de simplification, pourrait être développée.

On peut en outre se demander si la suppression, ou du moins le recentrage, du dispositif de l'entente préalable, qui mobilise excessivement les ressources du contrôle médical sans résultats significatifs en termes de contrôle des dépenses, n'est pas une piste à suivre, comme l'a montré la première audition du directeur général de la CNAMTS. Enfin, compte tenu de l'importance des moyens mobilisés pour vérifier l'ouverture des droits et du caractère désormais universel de la couverture maladie, on peut se demander s'il ne serait pas temps de simplifier radicalement le dispositif d'immatriculation et d'ouverture des droits en matière d'assurance maladie.

b) Le cadre législatif et réglementaire de la branche vieillesse peut être lui aussi simplifié

Il est certain qu'une harmonisation des règles entre les régimes spéciaux et le régime général facilitera la tâche de ce dernier, qui est souvent le « dernier régime » de l'assuré. Cependant, cet objectif d'harmonisation totale paraît politiquement très difficile à mettre en œuvre.

En outre, dans un courrier adressé au rapporteur, une CRAM pointe une simplification possible en matière de calcul des droits à pension de réversion. Ces droits sont étudiés compte tenu des ressources de l'assuré dans les trois mois civils précédant la date d'effet de la pension (et non la date de demande ou de décès). Cela provoque des retards dans la mise en liquidation. De même, certains contrôles pourraient être allégés ou supprimés, notamment l'interrogation annuelle des bénéficiaires de la majoration pour conjoint à charge.

c) Le cadre législatif et réglementaire de la branche accidents du travail - maladies professionnelles gagnerait également à être rationalisé

Les membres de la mission ont entendu de nombreux appels en faveur d'une simplification des conditions du versement des prestations « accidents du travail – maladies professionnelles ». Le calcul des droits aux indemnités journalières semble particulièrement complexe et coûteux en moyens. La fragmentation des parcours professionnels rend en effet très difficile

l'établissement des attestations d'employeurs, et les personnels des organismes dépensent beaucoup d'énergie pour récupérer ces attestations. Cependant, aucune proposition concrète n'a été formulée en matière d'ouverture des droits.

La dématérialisation complète du processus des déclarations d'accidents du travail et la suppression de la double saisie entre la CPAM et la CRAM seraient des facteurs de simplification significatifs. La limitation des recours formés par les entreprises, qui prennent parfois un aspect systématique, pourrait être réalisée grâce à l'enfermement des possibilités de recours dans des délais raisonnables.

d) La généralisation du dispositif du chèque emploi service est à envisager

Parmi les mesures de simplification qui doivent faire l'objet d'un traitement prioritaire figure la généralisation du dispositif du chèque emploi service pour les personnels de maison. Selon la Cour des comptes, le coût de gestion d'un compte d'un chèque emploi service est de 21,70 euros, contre 96,12 euros avec la procédure traditionnelle. La Cour des comptes estime à 25 millions d'euros d'économies le gain représenté par un basculement complet de la procédure sur le chèque emploi service. Ce basculement suppose une politique de communication ciblée en direction des personnes âgées. Il pourrait être facilité par des incitations financières adéquates, au besoin en majorant le coût pour l'employeur de la formule traditionnelle. Enfin, il conduira à redéfinir les règles gouvernant l'allocation des moyens budgétaires aux URSSAF.

III.- COMMENT L'USAGER PEUT-IL ÊTRE REMIS AU CŒUR DU SYSTÈME ?

Les recommandations précédentes posent la nécessité d'un certain nombre de changements dans la gestion des branches de la sécurité sociale. Il est notamment apparu que le mode d'exercice de la démocratie sociale est devenu l'un des enjeux centraux de la gouvernance de notre système de protection sociale.

Afin d'aller plus loin dans la réflexion, il a paru utile de dessiner l'ébauche d'un modèle différent d'organisation du régime général de la sécurité sociale. S'appuyant sur le constat d'une segmentation excessive de la prise en charge de l'assuré et de la nécessité de rénover la « démocratie des caisses », cette organisation a pour axes principaux la création d'une caisse régionale unique et multibranche et une politique de proximité appuyée sur des guichets uniques. L'objectif recherché est un meilleur service rendu aux assurés grâce à une gestion rationalisée et moins segmentée.

Certaines de ces propositions sont complémentaires aux précédentes, d'autres leur sont alternatives. Elles présentent un caractère structurant, dont l'éventuelle mise en œuvre nécessiterait des conditions qui ne sont manifestement pas encore réunies. Elles visent surtout à susciter un débat utile sur l'évolution des conditions de gestion de la sécurité sociale.

A. LA GESTION PAR BRANCHES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE A-T-ELLE TROUVÉ SES LIMITES ?

Le cadre posé par l'ordonnance de 1967, qui organise la séparation par branches, compte tenu de l'évolution des populations, est-il devenu, près de quarante ans après, trop strict ? C'est une question qui a émergé des auditions conduites par la mission. Le caractère jugé excessivement étanche des branches est à prendre en compte sous trois aspects différents : la prise en charge des usagers, les conditions de gestion et l'exercice de la démocratie sociale.

1. La qualité du service rendu souffre de la segmentation des risques

Certes, les branches de la sécurité sociale interviennent à des âges différents de la vie d'un assuré. Cependant, il semble que l'organisation par branche conduise à une segmentation de la prise en charge de certains assurés, segmentation qui nuit à la qualité de celle-ci. Ainsi, les conditions de la prise en charge des personnes en situation de précarité et des personnes âgées dépendantes deviennent de plus en plus difficiles. Qui en est responsable ? Cette prise en charge dépend-elle de la responsabilité de la branche retraite ou celle de la maladie ? Cet exemple ne justifie-t-il pas à lui seul l'introduction d'un peu plus de « transversalité » dans la gestion du régime général ?

2. Les conditions de gestion par branches n'incitent pas à l'optimisation des moyens

Comme il a été montré précédemment, les conditions de gestion souffrent de l'étanchéité de la gestion par branche. Ainsi, les systèmes informatiques ne sont pas interopérables, ce qui va poser de plus en plus de difficultés, à la fois pour assurer le meilleur service à l'assuré, réduire les coûts de gestion et lutter contre la fraude.

Cette étanchéité se retrouve dans la gestion des ressources humaines, qui présente une ambiguïté majeure. La mobilité interbranche est très réduite, alors même que la convention collective unique est censée favoriser la mobilité. Certes, on observe une professionnalisation accrue de chaque branche, mais ce constat pourrait amener précisément à s'interroger sur la nécessité de procéder à des aménagements à cette unicité conventionnelle. Il conviendrait donc de sortir de cette ambiguïté, soit en aménageant le principe de la convention collective unique pour tirer les conclusions d'une professionnalisation accrue, soit en rapprochant la gestion des branches afin de permettre aux salariés d'une branche de passer effectivement de l'une à l'autre.

3. La démocratie sociale pourrait trouver un élan nouveau en s'exerçant dans un cadre resserré

S'il est essentiel que les représentants des salariés et des employeurs participent à la gestion du régime général de la sécurité sociale, les modalités de cette participation peuvent être améliorées et adaptées aux évolutions intervenues depuis 1945. En effet, la segmentation des branches pose la question du maintien d'un nombre élevé d'organismes pourvus de conseil sur une circonscription donnée, alors même que la carte de l'implantation territoriale des caisses n'a pas été modifiée. Il faut en effet rappeler que ces nombreux conseils sont composés de membres désignés et non élus, les dernières élections à la sécurité sociale remontant à 1983. Cela pose le problème du lieu d'exercice adapté de la démocratie sociale sur un territoire donné, où coexistent des organismes appartenant à des réseaux différents.

B. LA RÉGIONALISATION DE LA GESTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET L'ÉVOLUTION VERS UN GUICHET UNIQUE LOCAL SONT DES ORIENTATIONS PRIORITAIRES

Une réflexion relative à la régionalisation de la gestion de la sécurité sociale et à l'évolution de l'organisation des branches vers une structure offrant un « guichet unique » pourrait être une contribution utile aux débats actuels.

1. L'organisation de la sécurité sociale doit s'articuler autour de l'échelon régional

a) La création d'un échelon de pilotage doté d'une forte légitimité démocratique est souhaitable

Il pourrait être utile de construire un échelon régional fort de la sécurité sociale. La régionalisation est déjà réalisée dans les DOM, avec les spécificités qui s'y attachent, avec les « caisses générales de la sécurité sociale », organismes spécifiques aux départements d'outre-mer, exerçant cumulativement les attributions de la CPAM, de la CRAM, de l'URSSAF et même de la Caisse de Mutualité Sociale Agricole, la branche famille restant autonome.

Cette structure régionale à inventer, qu'on pourrait appeler « agence régionale de sécurité sociale », pourrait être construite selon un processus d'agrégation à la CRAM. Cette caisse présente en effet déjà un caractère interbranche au sein du régime général, puisqu'elle regroupe la branche vieillesse et, à des degrés variables, la branche AT-MP et la branche maladie. Les CPAM et les CAF seraient ainsi fondues avec la CRAM, au sein d'une structure régionale, dotée de la personnalité morale et d'un conseil unique dont la configuration pourrait varier suivant la nature des questions abordées. Le cas échéant, l'intégration du réseau des URSSAF pourrait être envisagée.

Cette caisse régionale disposerait d'un conseil composé de représentants des salariés et des employeurs, qui seraient élus. La légitimité de ce conseil serait ainsi confortée par son mode d'élection. Il serait également renforcé car il serait, dans la région, le seul conseil du régime général. Ses prises de position à l'échelon régional auraient donc un impact accru. La lisibilité du système pour les assurés et les citoyens serait considérablement améliorée.

b) Dans la branche maladie, la régionalisation est une nécessité

L'évolution vers une régionalisation de la gestion de l'assurance maladie est une nécessité. Elle est cohérente avec les évolutions récentes qui ont privilégié l'échelon régional et avec les nécessités de traiter certains problèmes à un niveau plus large, comme la définition du SROS, l'articulation ville-hôpital ou la gestion de l'offre de soins. Il faut notamment prendre en compte l'existence des agences régionales de l'hospitalisation et des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) instituées en 1996, la création des groupements régionaux de santé publique (GRSP) par la loi relative à la politique de santé publique et enfin les missions régionales de santé (MRS) et les agences régionales de santé (ARS) prévues à titre expérimental par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il semble donc pratiquement inévitable d'aboutir à moyen terme à un pilotage régional de l'assurance maladie.

2. La création d'un « guichet unique » au niveau local s'impose

Le guichet unique serait constitué grâce au regroupement, à l'échelon local, des antennes locales des diverses branches. C'est déjà le cas, à des degrés divers, dans d'autres régimes de sécurité sociale, certes de taille plus réduite, comme la mutualité sociale agricole, le régime des militaires, le régime des cultes ou, bientôt, le régime social des indépendants. Le regroupement au niveau des antennes serait mené de manière pragmatique et avec le souci constant de privilégier la qualité du service rendu à l'assuré, sans dégrader l'égalité d'accès au service public.

Le préalable nécessaire à la création de ce guichet unique sera la mise en place d'un réseau informatique commun aux branches, ce qui, compte tenu des cloisonnements existant à l'intérieur de chaque branche, est une œuvre de longue haleine.

3. Les avantages attendus sont nombreux

Cette agence régionale de la sécurité sociale et ce guichet unique offrent des avantages significatifs dans trois domaines.

a) La qualité du service rendu à l'assuré serait améliorée

La prise en charge globale de l'assuré, grâce au guichet unique, est plus satisfaisante. Elle offre une qualité de service accrue en mettant fin à la segmentation des prises en charge. Le service intégré comprendrait le médico-social, la prévention et le risque professionnel. En ce qui concerne la branche maladie, la régionalisation du pilotage faciliterait la construction de réseaux et de filières. Ces agences régionales organiseraient une politique d'action sociale plus structurée, mieux ciblée et mieux coordonnée, assurant une égalité de traitement des assurés au sein de la région, particulièrement en matière d'interprétation du droit et d'action sociale.

La création d'une agence régionale et la disparition des caisses à l'échelon infrarégional n'excluent pas, bien au contraire, une politique de proximité. Cette politique serait définie par la structure régionale, seule apte à connaître les paramètres locaux. Selon la configuration de la région, des agences et des antennes continueraient d'irriguer le territoire et de satisfaire l'exigence de proximité. Les antennes présenteraient, dans la mesure du possible, un caractère « interbranches » afin d'atteindre l'objectif de guichet unique. Grâce à ces antennes multibranches, l'irrigation du territoire pourrait être significativement améliorée.

La branche famille doit conserver des liens forts avec les départements en raison des compétences de ce dernier en matière d'aide sociale. Le cas échéant, il pourrait donc être décidé de déconcentrer la gestion de la branche famille, les structures ainsi créées étant dépourvues de conseils.

b) Les conditions de gestion seraient facilitées

Le regroupement des organes dotés de conseil permettrait de substantielles économies de gestion, grâce notamment à la saisie unique de l'identité de l'assuré, l'utilisation de matériels informatiques et de systèmes d'information communs et probablement la réduction des frais de structures. Dans l'hypothèse où les URSSAF seraient intégrées à ce schéma régional, il paraîtrait possible de dégager des synergies entre la tâche de recouvrement et la collecte des données sociales effectuée par la branche vieillesse auprès des entreprises.

Ces agences régionales interbranches permettraient également d'améliorer les parcours professionnels des salariés des caisses, en les diversifiant et en facilitant les « passerelles » entre les risques. Cela n'empêcherait pas la spécialisation de salariés sur un risque afin de mieux étudier les dossiers posant problèmes. La convention collective unique des personnels de la sécurité sociale devrait d'ailleurs faciliter la mise en place de ces agences interbranches. La mobilité géographique accrue des personnels mentionnée plus haut faciliterait, dans certaines limites, les restructurations à l'intérieur de la circonscription régionale.

c) Le pilotage des réseaux serait renforcé

Lorsque le nombre d'organismes est réduit, le pilotage par la tutelle devient plus facile. Cela est particulièrement vrai s'agissant de la branche maladie, qui a besoin d'un échelon régional fort. La création de cet échelon régional, nécessité qui n'a pas été satisfaite par la création de l'URCAM, s'inscrirait dans le paysage déjà très régionalisé du pilotage de l'assurance maladie et de la santé publique (agence régionale de l'hospitalisation, unions régionales de médecins libéraux, groupements régionaux de santé publique...).

d) La démocratie sociale serait renouvelée

L'élection des représentants des assurés et des employeurs au sein des conseils de ces agences participerait à un renouveau de la démocratie sociale en accroissant la lisibilité de l'ensemble. Ces représentants verraient ainsi leur légitimité renforcée. Les conseils pourraient devenir de véritables instances d'orientation pour un pilotage global et régional du régime général de la sécurité sociale.

Ils se verraient notamment confier la responsabilité de veiller à la qualité du service à l'utilisateur en s'assurant de son niveau et de son homogénéité dans la circonscription régionale, par le moyen d'indicateurs de qualité. Leurs avis sur la carte de proximité du régime général, formulés dans une perspective plus régionale, auraient plus de poids.

CONCLUSIONS

Cette année, nous célébrons le soixantième anniversaire de la création de la sécurité sociale. C'est l'occasion de souligner combien la sécurité sociale apparaît comme l'une des pièces maîtresses de notre modèle social et combien elle a permis de construire et préserver l'unité du pays.

C'est une des raisons qui ont poussé la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale à choisir comme premier sujet d'étude l'organisation et les coûts de gestion des branches de la sécurité sociale. Excluant toute approche strictement comptable, les membres de la mission ont en premier lieu voulu apprécier l'efficacité du réseau des organismes et la manière dont les besoins des assurés étaient satisfaits.

Au terme de cette mission de neuf mois, quelques constats font l'objet d'un large consensus parmi les membres de la mission. C'est d'abord le bilan d'une organisation créée en 1945 qui a su se moderniser mais qui, face aux nouveaux défis, doit poursuivre ses efforts d'adaptation, particulièrement en matière d'organisation territoriale, de gestion des ressources humaines et d'investissements informatiques. Les travaux du rapporteur ont aussi mis en évidence les insuffisances en matière de pilotage des réseaux. Les conventions d'objectifs et de gestion, qui ont certes permis d'accroître la qualité de la gestion, sont insuffisamment précises ou contraignantes en matière d'accroissement de la productivité et de modernisation. Le pilotage par les tutelles, difficile, est marqué par un manque de rigueur dans la définition et la mise en œuvre d'orientations véritablement stratégiques.

Ce constat, qui s'appuie largement sur les travaux de la Cour des comptes, est suivi d'une série de recommandations concrètes et destinées à améliorer la qualité du service rendu aux assurés, tout en augmentant l'efficacité des organismes. Ces recommandations, qui rassemblent la grande majorité des membres de la mission, ont vocation à être reprises et appliquées rapidement. Certaines de ces recommandations sont déjà mises en œuvre, mais le rapporteur estime utile de les rappeler afin de marquer le soutien des membres de la mission aux évolutions déjà engagées au sein des réseaux et qui pourraient rencontrer des difficultés.

La troisième partie du présent rapport comporte des propositions plus structurantes, concernant notamment la création dans chaque région d'une agence de sécurité sociale coordonnant le fonctionnement de guichets uniques multibranches. Ces propositions, qui par certains aspects outrepassent largement

les limites des recommandations de la deuxième partie, sont destinées à lancer le nécessaire débat sur la modernisation de l'organisation de la sécurité sociale en remettant l'utilisateur au cœur de la réflexion et en proposant un cadre réaliste et cohérent pour la conduite des évolutions à plus long terme, dans un esprit de fidélité par rapport aux ambitions des fondateurs de la sécurité sociale.

Si la nécessité d'une régionalisation de la politique de gestion du risque maladie rencontre l'approbation d'une majorité des membres de la mission, la création des agences régionales et des guichets uniques précités est plus discutée. Le rapporteur n'en estime pas moins nécessaire de rendre publics les éléments de ce débat pour contribuer à l'approfondissement de la réflexion sur l'avenir de l'institution, que les travaux de la MECSS ne sauraient épuiser, et qui devra nécessairement se poursuivre au sein de toutes les instances compétentes.

L'obligation imposée au Gouvernement et aux organismes de sécurité sociale de répondre, dans un délai de deux mois, aux observations présentées dans le présent rapport fournira l'occasion de poursuivre cette réflexion.

PROPOSITIONS

I.- LES PROPOSITIONS S'INSCRIVANT DANS LE CADRE ACTUEL DE L'ORGANISATION DES BRANCHES DE LA SECURITE SOCIALE

1. Généraliser la comptabilité analytique afin de définir des indicateurs d'efficacité fiables.

2. Revoir le mécanisme de formatage des budgets pluriannuels dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion.

3. Partager plus largement les fonctions support et certains éléments de gestion du risque, au sein des branches et entre les branches.

4. Adopter une démarche entrepreneuriale en matière de gestion et d'achats.

5. Au sein des réseaux vieillesse, famille et recouvrement, attribuer des pouvoirs de gestion accrus à un directeur général.

6. Généraliser la procédure de certification des organismes.

7. Décentraliser davantage au niveau des branches la gestion des ressources humaines et la négociation de la convention collective.

8. Introduire plus de mobilité géographique et professionnelle dans la carrière des agents.

9. Accroître le suivi par les tutelles des plans d'investissement informatique.

10. Développer les services en ligne aux assurés.

11. Développer l'interopérabilité des équipements informatiques, au sein des branches et en interbranche.

12. Réduire le nombre d'organismes de la sécurité sociale dotés de conseils sans nuire à la proximité, en visant la création d'un échelon départemental ou régional.

13. Généraliser le chèque emploi service.

14. Aboutir à terme à l'obligation de télétransmission des feuilles de soin électroniques pour les professionnels de santé conventionnés.

15. Simplifier les dispositifs législatifs et réglementaires.

16. Rendre parfaitement interopérables les différents réseaux informatiques des branches.

II.- À TERME, LA CREATION D'UN ECHELON FORT DE GESTION DE LA SECURITE SOCIALE AU NIVEAU REGIONAL : L'AGENCE REGIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

17. Rassembler au sein d'agences régionales de la sécurité sociale tous les organismes dotés de conseils situés dans chaque région, sans mettre en cause la proximité avec les assurés grâce au maintien d'antennes locales.

18. Organiser l'élection des membres des conseils d'administration de ces agences régionales.

19. Créer un échelon régional fort en matière d'assurance maladie.

20. Accroître le caractère multibranche des antennes de proximité pour aboutir à de véritables « guichets uniques ».

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a examiné le rapport d'information présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale, au cours de sa séance du mercredi 16 novembre 2005

Un débat a suivi l'exposé du rapporteur.

M. Georges Colombier a complimenté le rapporteur, dont l'exposé oral ne donne toutefois qu'une faible idée de la richesse et de la densité des travaux de la MECSS : il serait fort dommage que ces travaux restent lettre morte. Chacun ne peut être que d'accord sur le constat et sur la plupart des propositions. Il faudra cependant veiller à ce que leur mise en œuvre, notamment les propositions relatives à l'adaptation du réseau, soit précédée d'une concertation et d'un dialogue approfondis, tant avec les élus qu'avec les administrateurs des caisses. La modernisation de l'architecture du réseau est souhaitable, dans la mesure où il s'agit de remettre l'utilisateur au cœur du dispositif et de renouer avec l'ambition des fondateurs de la sécurité sociale. Il est d'ailleurs souhaitable, dans cette optique de démocratie sociale, de rétablir l'élection des conseils d'administration.

M. Jean-Marie Le Guen a estimé que la MECSS a fait œuvre utile sur la question du coût de gestion des branches, qui apparaît somme toute raisonnable. Il est deux à trois fois moins élevé que celui des systèmes privés ou concurrentiels, notamment en vigueur aux Etats-Unis. La plupart des pistes tracées par le rapporteur vont dans le sens d'une meilleure efficacité, tant en termes de coût que de qualité du service rendu aux assurés. Les conventions d'objectifs et de gestion ont permis certaines avancées, mais il est possible d'aller plus loin, et légitime d'inscrire la réduction des coûts de gestion parmi les objectifs retenus.

La sécurité sociale ne saurait évidemment s'abstraire de la révolution informatique, qui peut conduire, en prolongeant les progrès déjà obtenus, à une véritable révolution dans le fonctionnement des organismes. Il existe en effet des marges de productivité considérables, qu'il ne s'agit pas forcément d'affecter à la réduction des coûts et des effectifs, mais à une meilleure satisfaction des besoins des usagers, notamment dans le domaine des services à la personne. En d'autres termes, il faudrait employer moins de personnel pour la liquidation des droits et davantage pour l'accompagnement des personnes. En revanche, l'idée de prendre appui sur un contrôle médical informatisé des assurés et des prescripteurs pour piloter le système de santé, comme certains pourraient en avoir la tentation, n'est ni réaliste ni souhaitable.

Si la nécessité de faire évoluer les structures est évidente, la proposition du rapporteur de régionaliser l'organisation de la sécurité sociale est discutable. Une

organisation transversale, regroupant les différentes branches au niveau de chaque région, correspond à la conception obsolète d'une sécurité sociale dont le rôle se limiterait à servir ou rembourser des prestations. La fonction de la branche vieillesse n'est pas la même que celle de la branche maladie ni que celle de la branche famille : il y a là différents cœurs de métier, avec des problématiques spécifiques qu'il convient d'approfondir et non de gommer. Plutôt que de constituer des caisses régionales de sécurité sociale, il faut créer des agences régionales de santé. Quant à la démocratie sociale, qui est nécessaire, elle ne se résume pas à la gestion par les partenaires sociaux : dans la branche maladie, les associations de malades et les usagers, par exemple, ont un rôle important à jouer. La branche famille a également ses spécificités.

M. Pierre Morange, président, a constaté que la proposition de régionalisation avancée par le rapporteur ne fait pas consensus au sein de la mission, certains étant adeptes d'une approche « verticale » tandis que d'autres, comme le rapporteur et comme lui-même, préconisent plus de transversalité. Ce rapport vaudra surtout par les suites que lui donneront le Gouvernement et les caisses de sécurité sociale. L'article LO. 111-9-3 du code de la sécurité sociale, créé par la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, dispose en effet que : « *Lorsqu'une mission d'évaluation et de contrôle donne lieu à des observations notifiées au Gouvernement ou à un organisme de sécurité sociale, ceux-ci disposent d'un délai de deux mois pour y répondre* ». Au vu des réponses qui lui seront apportées, la MECSS sera évidemment amenée à revenir sur ce sujet.

*

En application de l'article 145 du Règlement, **la commission a décidé le dépôt du rapport d'information en vue de sa publication.**

ANNEXE 1

COMPOSITION DE LA MISSION

- M. Jean-Marie Le Guen, coprésident
- M. Pierre Morange, coprésident
- Mme Martine Carrillon-Couvreur
- Mme Marie-Françoise Clergeau
- M. Georges Colombier
- M. Jacques Domergue
- M. Jean-Pierre Door
- Mme Jacqueline Fraysse
- Mme Cécile Gallez
- Mme Catherine Génisson
- M. Gaëtan Gorce
- M. Maxime Gremetz
- Mme Paulette Guinchard
- Mme Muguette Jacquaint
- M. Yvan Lachaud
- M. Claude Leteurtre
- M. Jean-Luc Préal
- M. Laurent Wauquiez

ANNEXE 2

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

	<i>Pages</i>
10 février 2005	
– M. François Carayon, sous-directeur de la 6 ^e sous-direction du budget au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie.....	63
– M. François Monier, secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale.....	68
– M. Philippe Georges, président du comité exécutif des directeurs de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale, et M. Bernard Meunier, directeur.....	73
3 mars 2005	
– M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, M. Bernard Cieutat, président de la 6 ^e chambre, Mme Rolande Ruellan, présidente de la 2 ^e section de la 6 ^e chambre, M. Christian Babusiaux, président de la 1 ^{re} section de la 6 ^e chambre, et M. Michel Braunstein, conseiller maître à la 6 ^e chambre, rapporteur général chargé de l'élaboration du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale	79
– M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale au ministère des solidarités, de la santé et de la famille.....	89
– M. Bertrand Fragonard, président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie	94
17 mars 2005	
– M. Jérôme Gallot, directeur chargé de la direction des retraites à la Caisse des dépôts et consignations, et M. Philippe Caïla, directeur du régime de retraite additionnelle de la fonction publique.....	101
– M. Jean-Louis Rouquette, chef du service des pensions au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie	107
– M. Max Colinet, directeur de la CRAM Alsace-Moselle, M. Yves Corvaisier, directeur de la CRAM Nord-Picardie, M. Yves Gales, directeur de la CRAM Auvergne, M. Patrick Boïs, directeur de la CPAM de Haute-Loire, Mme Josette Raynaud, directrice générale de la CPAM de Paris, et M. Charles Serrano, directeur de la CPAM de Valenciennes	111
31 mars 2005	
– M. Michel Régereau, président du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'UNCAM et de la CNAMTS, et Mme Renée Babel, directrice déléguée aux ressources et au réseau de la CNAMTS	121

- Mme Danièle Karniewicz, présidente du conseil d’administration de la Caisse nationale d’assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) et M. Patrick Hermange, directeur 130
- Mme Nicole Prud’homme, présidente de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), et M. Philippe Georges, directeur général . 138

14 avril 2005

- M. Pierre Burban, président du conseil d’administration de l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), et M. Louis-Charles Viossat, directeur..... 145
- M. Denis Piveteau, directeur de la mission de préfiguration de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA)..... 151
- M. Christian Crespel, directeur de la Caisse d’allocations familiales (CAF) d’Armentières, M. Hervé François, directeur de la CAF de Seine-et-Marne, M. Robert Ligier, directeur de la CAF du Sud-Finistère, et M. Jean-Pierre Péquignot, directeur de la CAF de Montpellier..... 154

12 mai 2005

- M. Michel Morel, vice-président du conseil central d’administration de la Mutualité sociale agricole (MSA) et M. Yves Humez, directeur général de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) 163
- M. Gérard Quévillon, président du conseil d’administration de la Caisse nationale d’assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles (CANAM) et premier vice-président du conseil d’administration de la Caisse nationale de l’organisation autonome d’assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions industrielles et commerciales (ORGANIC), M. Gérard Rouchy, président du conseil d’administration de la Caisse nationale de l’organisation autonome d’assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales (CANCAVA), et M. Jacques Augustin, directeur général commun de la CANCAVA, de l’ORGANIC et de la CANAM..... 168
- Mme Suzanne Belz, directrice générale de l’URSSAF de Paris et de la région parisienne, Mme Geneviève Chabas, directrice de l’URSSAF des Bouches-du-Rhône, et M. Pascal Émile, directeur de l’URSSAF de Tours 173

26 mai 2005

- M. Daniel Lenoir, directeur général de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), et Mme Agnès Bocognano, conseillère technique à la présidence..... 182
- M. Gérard de La Martinière, président de la Fédération française des sociétés d’assurance (FFSA), et M. Jean-Marc Boyer, délégué général..... 190
- M. Pierre-Mathieu Duhamel, directeur du budget au ministère de l’économie, des finances et de l’industrie, et M. François Carayon, sous-directeur 194

2 juin 2005

- M. Pierre-Yves Chanu, conseiller confédéral de la Confédération générale du travail (CGT), responsable du financement de la protection sociale, M. Yves Vêrollet, secrétaire confédéral de la Confédération française démocratique des travailleurs (CFDT), en charge du pôle santé au service de la protection sociale, M. Franck Urbaniak et Mme Fabienne Ratajek, en charge du secteur protection sociale à la Confédération générale du travail - Force ouvrière (CGT-FO), M. Jean-Louis Deroussen, secrétaire général adjoint de la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC), chargé du paritarisme et de la protection sociale, et Mme Danièle Karniewicz, secrétaire nationale de la Confédération française de l'encadrement - CGC (CFE-CGC), en charge du pôle protection sociale 200
- M. Bernard Caron, directeur du groupe propositions et actions protection sociale du Mouvement des entreprises de France (MEDEF), M. Jean-François Veysset, vice-président de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME), chargé des affaires sociales, et Mme Dany Bourdeaux, présidente de la commission sociale de l'Union professionnelle artisanale (UPA)..... 210

16 juin 2005

- M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), M. Hubert Allemand, directeur du service médical de la CNAMTS, et M. Denis Richard, conseiller technique informatique à la CNAMTS 217
- M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, et M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille..... 225

28 juin 2005 ⁽⁶⁾

- M. François Mercereau, inspecteur général des affaires sociales, M. Olivier Toche, inspecteur des affaires sociales pour l'IGAS, et M. Gilles Mentré, inspecteur des finances, pour l'IGF, sur le rapport d'audit sur les dépenses informatiques du régime général d'assurance maladie

11 octobre 2005 ⁽¹⁾

- M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), et M. Alain Folliet, directeur des systèmes d'information de la CNAMTS
- M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités

(6) Auditions non ouvertes à la presse n'ayant pas donné lieu à compte rendu.

ANNEXE 3

COMPTES RENDUS DES AUDITIONS

AUDITIONS DU 10 FÉVRIER 2005

Audition de M. François Carayon, sous-directeur de la 6^e sous-direction du budget au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie

M. Pierre Morange, coprésident : Nous accueillons ce matin M. François Carayon dans le cadre de nos auditions sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale, dont M. Door sera le rapporteur, comme il le sera sur les recettes et l'équilibre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (PLFSS).

M. Michel Braunstein, conseiller maître à la Cour des comptes, nous a présenté rapidement les grandes lignes du dernier rapport de la Cour des comptes, qui traite plus particulièrement de ce sujet. Il a insisté sur la difficulté de piloter une machinerie fort complexe ; sur les conventions d'objectifs et de gestion (COG), qui sont d'excellents outils mais dont la mise en œuvre se heurte à un certain nombre de difficultés ; sur le caractère figé d'une organisation territoriale dont les déclinaisons locales garantissent la proximité mais dont la gestion est coûteuse ; sur la différence du nombre de points d'accueil entre les branches vieillesse et maladie ; sur l'inégalité entre les branches en ce qui concerne la gestion des ressources humaines ; sur la question de la productivité des branches et des indicateurs utilisés pour la mesurer.

Sur tous ces sujets, il sera intéressant d'avoir aussi le point de vue du ministère du budget.

M. François Carayon : En matière d'organisation et de suivi de la sécurité sociale, la direction du budget assure le suivi des finances publiques, ce qui la conduit à préparer la programmation pluriannuelle, le programme de stabilité, et à suivre à ce titre la loi de financement de la sécurité sociale. Elle exerce aussi, avec les services du ministère de la Santé, la tutelle financière sur les caisses nationales et sur les branches qu'elles pilotent. Dans ce cadre, la négociation des COG est très importante. La 6^e sous-direction est celle qui s'occupe plus particulièrement des comptes sociaux.

Un certain nombre de graphiques vous ont été remis pour montrer le poids des coûts de gestion de la sécurité sociale.

Le premier rappelle que le poids des dépenses des administrations sociales est supérieur à celui des dépenses de l'État.

Le deuxième montre que les dépenses administratives du régime général – 9,9 milliards d'euros en 2004 – sont comparables à celles du ministère de l'économie et des finances – 9,5 milliards, avec des effectifs similaires, de l'ordre de 170 000 agents.

Le troisième établit que, depuis quatre ans, les frais de gestion du régime général augmentent plus vite que les dépenses de fonctionnement du titre III et les investissements directs du titre V du budget de l'État. On peut voir quatre explications à ce phénomène : les 9 300 recrutements rendus nécessaires dans les organismes du régime général par la

réduction du temps de travail (RTT) ; le fait que la COG de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) a été plus large que les autres ; le poids des dépenses informatiques liées à d'importantes modernisations ; l'anticipation, par 1 200 recrutements, des effets attendus du baby-boom sur la branche retraite.

Le quatrième graphique prouve que les effectifs de la sécurité sociale augmentent plus vite que ceux de l'État.

Le cinquième, relatif à la répartition par branche des dépenses de gestion administrative, montre le poids prépondérant des dépenses administratives de l'assurance maladie.

On voit enfin dans le sixième que les dépenses en personnel représentent les deux tiers du total des dépenses de gestion administrative.

M. Laurent Wauquiez : Cette répartition des dépenses administratives est-elle particulière ou similaire à celle des structures de l'État ?

M. François Carayon : Si l'on analyse uniquement les dépenses de fonctionnement et non les dépenses d'intervention, je pense que les répartitions sont assez proches.

S'agissant du jugement que l'on peut porter sur ces évolutions, je suppose que M. Michel Braustein a évoqué devant vous les conclusions du rapport 2004 de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, dont le travail approfondi nous sert de point d'appui pour la préparation des futures conventions d'objectifs et de gestion. La Cour signale ainsi des insuffisances en matière d'analyse stratégique et d'outils de pilotage par les têtes de réseaux et elle met en évidence les déséquilibres entre les objectifs des COG concernant la qualité de service qui sont prépondérants et ceux relatifs à l'efficacité. En parlant même d'« aisance financière », la Cour nous incite, ainsi que les autres tutelles, à une approche plus stricte dans les futures conventions. Elle nous pousse aussi à retenir un nombre restreint d'indicateurs, pour mieux mettre en évidence les priorités.

La Cour signale par ailleurs que l'organisation tant territoriale que fonctionnelle a peu évolué depuis cinquante ans, ce qui est à l'origine d'une dispersion des moyens.

Elle insiste également beaucoup sur la productivité, trop peu présente dans les conventions qui s'achèvent, en particulier dans celle de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), qui ne prévoyait aucune réduction des coûts de gestion alors que cette branche représente 63 % des effectifs de la sécurité sociale. La Cour note toutefois qu'il existe des perspectives de gains de productivité, grâce aux investissements déjà réalisés et aux départs à la retraite attendus.

S'agissant de la gestion des ressources humaines, la Cour montre que les enveloppes sont assez larges, mais qu'il est nécessaire d'impliquer davantage les caisses nationales dans le pilotage des réseaux.

Les COG sont un bon outil, qui vise à responsabiliser les gestionnaires autour d'objectifs de performance, ce qui est tout à fait dans l'esprit de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), que préfiguraient les ordonnances de 1996.

On peut toutefois porter une appréciation nuancée sur ces COG. Pour la branche retraite et le recouvrement, dans la perspective des départs en retraite, une contrainte plus

forte s'est exercée sur les coûts de gestion. L'enveloppe de la branche famille a été plus confortable. Pour autant, l'effort de mise en place d'indicateurs de performance est manifeste. La CNAF a fait des progrès considérables dans la qualité de service et dans les outils. Les COG sont toujours dans un processus d'apprentissage : la deuxième génération s'achève, la troisième se prépare ; il y a de plus en plus d'indicateurs et il est possible de faire encore mieux dans le cadre de la négociation en cours, en particulier grâce à vos travaux et à ceux de la Cour des comptes.

La deuxième génération des COG a prévu l'intéressement des agents aux performances de la branche. C'est une avancée, même s'il faut aller encore plus loin.

La Cour évoque à juste titre la multiplicité et la faiblesse des indicateurs. Nous voulons des conventions assez précises pour qu'elles soient motivantes et efficaces, mais nous entendons aussi ne pas multiplier les indicateurs. Les directions du budget et de la sécurité sociale ont signé en 2004 une circulaire instituant un comité de suivi et de comparaison d'indicateurs de performance, en vue d'établir des indicateurs communs aux branches de la sécurité sociale et de faire progresser la réflexion.

Aujourd'hui, pour progresser, il convient d'abord d'améliorer les outils. Il faut que la troisième génération des COG offre une vision pluriannuelle, qu'elle donne plus de souplesse aux gestionnaires, à l'intérieur d'enveloppes désormais fixées pour quatre ans, et qu'elle améliore la visibilité du pilotage. En contrepartie, la branche doit prendre des engagements de performance et de respect des enveloppes limitatives, en évitant le recours aux avenants.

Pour la troisième génération des COG, les ministères semblent d'accord pour ne pas partir de la dernière année d'exécution, sur laquelle on observe les phénomènes classiques de consommation de tous les reports accumulés et de dépenses supplémentaires destinées à justifier des demandes d'augmentation des crédits, et pour négocier sur la moyenne de l'exécution précédente. Ils entendent aussi donner la priorité à l'efficacité et à la qualité.

Il est normal que la gestion administrative contribue au plan de redressement de la sécurité sociale, qui prévoit à ce titre 200 millions d'économies. Vous avez d'ailleurs adopté un amendement à la loi de financement pour 2005, qui fait figurer explicitement la productivité dans les objectifs.

La réduction des coûts ne se fait pas au détriment de la qualité du service. Ainsi, au sein de la branche famille, les services de meilleure qualité sont délivrés aussi bien par les caisses qui ont des coûts de gestion élevés que par celles dans lesquelles ils sont faibles.

M. Pierre Morange, coprésident : Vous nous avez rappelé la croissance exponentielle des coûts de fonctionnement administratif des branches. Quelle est la réaction de la tutelle que vous exercez face à ce dérapage ? Quelles économies escomptez-vous des COG et de l'accent mis sur le rapport coût/efficacité et sur la productivité ?

M. François Carayon : On ne peut pas vraiment parler de dérapage, dans la mesure où les caisses se sont tenues aux enveloppes précédemment fixées en fonction des choix stratégiques et de l'objectif de renforcement de la qualité.

S'agissant des moyens d'action, notre responsabilité de tutelle est importante au moment de la négociation des COG. Nous arrivons au terme de la plupart d'entre elles, et l'année 2005 sera consacrée à la négociation des nouvelles conventions de la CNAF puis de la CNAMTS, compte tenu de l'avenant lié à la réforme de l'assurance maladie.

Il existe des leviers d'action et nous pouvons donc demander aux gestionnaires des caisses de faire des efforts d'efficacité, en tirant parti des investissements réalisés au nom de la qualité et qui se traduisent par une accélération du traitement des dossiers, grâce notamment, pour la branche maladie, à la liquidation électronique et au télétraitement SESAM-VITALE, et, pour la branche famille, à un important investissement dans le logiciel *Cristal* capable de gérer la totalité des prestations familiales. Il faut aussi rendre hommage à la branche retraite, qui a su, en s'en tenant à l'enveloppe initiale, faire face à l'afflux de dossiers lié aux possibilités de départ anticipé ouvertes par la loi d'août 2003. On le voit, des gains de productivité sont possibles.

M. Pierre Morange, coprésident : Quelles réflexions vous inspirent les économies déjà réalisées grâce à ces leviers ? Vous permettent-elles de donner une estimation ?

M. François Carayon : Je serai prudent car les métiers diffèrent d'une branche à l'autre. Ainsi, pour la branche retraite, le gros du travail s'effectue au moment de la liquidation tandis que la branche maladie assure au quotidien le contact avec les assurés et avec les professionnels de santé. Même au sein d'une branche, les activités sont diverses, par exemple entre l'action sociale et le recouvrement. Il faut donc partir des missions et négocier cas par cas.

L'accélération très nette des départs en retraite, dont le nombre sera multiplié par 1,5 à 3, selon les branches, à partir de 2006, devrait permettre d'adapter les compétences aux nouveaux métiers et de gagner en efficacité. Grâce à l'informatisation, les personnels sont de moins en moins dévolus aux tâches automatiques et accèdent à des fonctions plus intéressantes, comme le conseil aux retraités ou les relations avec les professionnels de santé.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : L'organisation territoriale des caisses semble figée depuis 60 ans, avec un grand nombre de caisses locales. Pensez-vous, comme la Cour des comptes, qu'il sera nécessaire d'adapter le maillage territorial ?

Quels objectifs peut-on par ailleurs fixer pour rationaliser les réseaux ? Faut-il le faire au niveau seulement local ou aussi national ? Économiserait-on vraiment plus d'une centaine de millions d'euros en fusionnant les caisses d'un même département ? Quelle serait selon vous la bonne répartition des compétences entre caisses nationales et locales ?

Vous avez parlé d'efficacité et de productivité. Qu'envisagez-vous en matière de gestion prévisionnelle des emplois, grâce notamment à l'informatisation ?

Enfin, la double tutelle des ministères de la santé et du budget ne pose-t-elle pas de difficultés dans les négociations des COG avec les caisses nationales ?

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Vous assurez le contrôle d'organismes qui avaient jusqu'ici des missions assez proches, consistant surtout à ouvrir des droits et à les liquider. N'avez-vous pas l'impression qu'avec la révolution technologique les choses sont en train de changer profondément ? En tant qu'administration de tutelle, avez-vous une réflexion stratégique sur l'évolution des métiers d'ici cinq ou dix ans ?

Avec la réforme, l'assurance maladie se voit chargée de la régulation de l'ensemble de notre système de santé, du côté aussi bien des usagers que des producteurs, ce qui l'éloigne de ses missions antérieures. Dispose-t-elle des moyens nécessaires pour cela ? J'ai ainsi entendu dire qu'on allait recruter 700 personnes pour expliquer la réforme. Avez-vous des informations à ce propos ?

Vous n'avez pas du tout évoqué les régimes spéciaux. Considérez-vous qu'ils relèvent de cette discussion ?

Enfin, l'évolution des structures, avec par exemple la création de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), entraîne-t-elle une réflexion sur la légitimité des modes de gestion ?

Mme Paulette Guinchard-Kunstler : Les comparaisons entre les branches sont malaisées mais utiles. J'aimerais aussi que l'on parle des caisses et des régimes spéciaux. Si une stratégie et des outils sont nécessaires, si le contrôle par la direction du Budget et la Cour des comptes est indispensable, il convient également de voir quelle place les différents régimes réservent au contrôle démocratique de gestion, en étudiant par exemple ce que fait la Mutualité sociale agricole (MSA).

M. Laurent Wauquiez : Les dépenses de gestion administrative ont augmenté de 5 % ces dernières années et le rapport de la Cour des comptes est extrêmement sévère, en particulier sur les carences de la tutelle exercée par le ministère du Budget. Si les enveloppes ont été tenues, leur définition ne mettait pas l'accent sur la modernisation - je préfère ce mot à celui de productivité, car le but est d'avoir à la fois un meilleur service et de moindres coûts - de la gestion. Comment envisagez-vous d'améliorer l'efficacité de votre tutelle pour avoir une vraie vision stratégique, mieux connaître les bonnes pratiques, effectuer des comparaisons internationales ? C'est la branche famille elle-même qui a enclenché la modernisation avec le système de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Votre sous-direction peut-elle devenir une force de proposition ?

M. Jacques Domergue : J'ai l'impression quelque peu étonnante qu'on en est encore à évaluer des indicateurs d'efficacité, qu'on constate sans cesse les dysfonctionnements et le peu d'efficacité de l'assurance maladie, mais qu'on s'en tient là, sans proposer de mesures qui permettraient de réels gains de productivité.

Comme dans nombre d'administrations, les charges de personnel représentent 67 % des dépenses. Comment expliquez-vous que, de 1997 à 2002, alors que les progrès techniques auraient dû entraîner une réduction des effectifs, c'est le contraire qui s'est produit ? D'ailleurs, si, comme vous l'avez dit, les effectifs sont comparables à ceux de Bercy, cela ne peut que me conforter dans l'idée que des gains de productivité sont possibles...

M. François Carayon : Vous m'interrogez sur le rôle des tutelles pour faire évoluer les choses. L'interprétation que nous avons de l'ordonnance du 24 avril 1996 qui a institué les COG est que nous n'avons pas à gérer les caisses à leur place. L'idée est de mener avec elles une réflexion stratégique, de définir des objectifs, avec des rendez-vous annuels d'évaluation et le contrôle systématique de la Cour des comptes. Le ministère de la santé a également demandé à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de faire le bilan des COG précédentes.

S'agissant de la double tutelle, nous essayons de nous répartir les rôles : le ministère des finances n'est pas le mieux placé pour porter un jugement ou pour définir des objectifs de service des prestations sociales. Il lui revient de fixer des indicateurs d'efficacité et de définir l'enveloppe. Sans doute n'avons-nous pas pesé assez sur la deuxième génération des COG, qui ont surtout mis l'accent sur la qualité de service et dont les objectifs ont été atteints. Les nouvelles conventions mettront l'accent sur l'efficacité, sans que la qualité s'en trouve dégradée, au contraire, grâce aux nouveaux outils techniques.

Il est difficile de répondre à vos questions sur l'organisation du réseau : je mesure l'importance de la bonne gouvernance de la sécurité sociale mais, en tant qu'expert financier, je ne puis me prononcer sur son organisation. Je constate toutefois, d'un point de vue technique, qu'il y a un lien entre la taille et le coût de gestion des structures. Compte tenu du poids des coûts fixes, mieux vaut éviter des organes de trop petite taille, qui sont en outre moins efficaces. On ne saurait pour autant en conclure que seuls les organismes de grande taille sont performants. Il faut rechercher un équilibre.

Des démarches d'efficacité très concrètes ont été menées. Elles peuvent être encore développées par des coopérations entre les caisses, y compris entre régime général et régimes spéciaux. On peut aussi faire le choix de la spécialisation, tel a été le cas avec la PAJE : l'option du lieu unique de traitement traduit une démarche pragmatique d'adaptation de l'organisation à un besoin particulier. Dans d'autres cas, le pilotage par la caisse nationale peut être utile. C'est le cas de l'accueil téléphonique, qui permet des gains de productivité tout en améliorant la qualité du service rendu à l'utilisateur, qui n'a plus à faire la queue à un guichet. Les caisses nationales peuvent ainsi définir des stratégies et mutualiser les bonnes expériences.

Enfin, aucune demande budgétaire n'ayant été formulée en vue de l'éventuel recrutement de 700 agents qu'a évoqué le coprésident Le Guen, il ne pourrait avoir lieu que dans le cadre de l'enveloppe actuelle, sous la responsabilité des gestionnaires de la caisse.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Je vous remercie d'avoir répondu à nos questions.

*

Audition de M. François Monier, secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Je vous remercie, monsieur le Secrétaire général, d'être venu à notre invitation, et je vous propose de nous faire une brève présentation liminaire.

M. François Monier : Je ne suis pas certain d'avoir beaucoup à apporter à votre Mission, n'étant qu'un observateur extérieur, nullement impliqué dans la gestion même de la sécurité sociale. Je crois que vous connaissez comme moi, *grosso modo*, les données.

Les dépenses de gestion administrative du régime général s'élevaient en 2004 à une dizaine de milliards d'euros, dont 60 % pour l'assurance maladie, 20 % pour la branche famille, 10 % pour la branche vieillesse et 10 % pour le recouvrement. Les coûts de gestion ont relativement peu augmenté en 2004, mais ils avaient beaucoup augmenté au cours des trois années précédentes, notamment du fait de la loi sur la réduction du temps de travail (RTT) et des créations d'emplois qui l'ont accompagnée. Ces montants, rapportés à celui des prestations, varient beaucoup selon les branches : environ 5 % pour la CNAM, 3,2 % pour les prestations familiales, 1,3 % pour la CNAV, 0,5 % pour le recouvrement. Cela traduit naturellement des différences de métier : il est plus facile de recouvrer des masses importantes ou de verser des pensions fixes que de rembourser des soins acte par acte.

Je me suis également penché sur les comptes des différents régimes, en portant mon attention sur le poste des charges de gestion courante. Ce n'est pas exactement la même chose que les coûts de gestion administrative : ces derniers sont un concept budgétaire, qui

sert à définir des enveloppes. Il y a donc des éléments de l'un qui ne figurent pas dans l'autre, et inversement. Cela dit, pour le régime général au moins, les deux chiffres, en 2004, ne sont pas très éloignés : 9,6 milliards dans un cas, 9,9 dans l'autre.

Ce qui est intéressant, c'est d'étendre l'analyse aux autres régimes, dont les charges de gestion courante se sont élevées à 2,5 milliards en 2004. Mais il faut être très prudent lorsque l'on compare ces régimes entre eux, car les charges ne sont pas les mêmes. Certains régimes sont relativement coûteux : c'est le cas du régime agricole, mais aussi, à un degré moindre, des régimes des non-salariés non agricoles – la CANAM, par exemple, a des frais de gestion qui représentent environ 4 % de ses prestations. Une lacune importante est l'absence de toute donnée sur les pensions des fonctionnaires de l'État ; la CNRACL, par contre, est prise en compte.

Voilà pour les chiffres. Sur le reste, c'est-à-dire sur le fond des choses, je ne puis avoir qu'un avis personnel, qui n'engage évidemment que moi. Ce que je constate, c'est que les organismes de base sont très nombreux et que leur localisation géographique est figée depuis longtemps, très peu de regroupements ayant été opérés – trois seulement, en ce qui concerne les URSSAF... Les progrès de productivité sont médiocres, du fait de la réduction du temps de travail (RTT), mais aussi, dans certains réseaux, de l'amélioration, évidemment souhaitable, du service rendu. Le pilotage par l'État a fait de grands progrès, notamment grâce aux conventions d'objectifs et de gestion, mais il reste largement perfectible. Il ne semble pas qu'il y ait une contrainte budgétaire très forte...

Pour l'avenir, l'informatisation permet la dématérialisation d'un nombre croissant de transmissions, et le renouvellement considérable des effectifs qui va intervenir au cours des prochaines années permettra de mieux ajuster les moyens aux missions. Il y a donc un potentiel important, qu'il s'agit maintenant de traduire dans les conventions d'objectifs et de gestion. Il faut continuer à améliorer les outils de pilotage - en renforçant le rôle des directeurs de caisses - et de gestion des ressources humaines. Il faut aussi opérer des rapprochements, voire des fusions ; or, on manque d'études sur la taille optimale des organismes de base. Le sujet est extrêmement délicat, car il y a d'énormes résistances, d'ailleurs bien compréhensibles. Il faut que cela se fasse sans dégrader la qualité du service, et je crois que c'est possible ; c'est l'enjeu des prochaines années que de remettre au premier plan cette question des gains de productivité. Il y a des exemples, en dehors du régime général, où ceux-ci sont allés de pair avec l'amélioration du service rendu : c'est le cas du recouvrement unique des cotisations des indépendants, qui va apporter à la fois une simplification considérable aux ressortissants des régimes et un gain de productivité à ces derniers.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Savez-vous quel est le patrimoine immobilier des caisses et comment il se répartit ?

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Et comment il a évolué à la suite du plan Juppé ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Avez-vous également des données sur les avantages en nature - véhicules, logements... - des dirigeants de caisses ?

M. Jacques Domergue : Sur les voyages en Chine, par exemple...

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Y a-t-il, par ailleurs, externalisation de certains services : centres d'appel, ménage, maintenance ? Enfin, dispose-t-on de comparaisons avec les autres pays ?

M. François Monier : Sur le patrimoine immobilier, il faut que je regarde ce qu'il y a dans le bilan des caisses. Je vous transmettrai les informations.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : C'était tout de même l'un des éléments du plan Juppé : on en attendait un gain d'un milliard... Il serait intéressant de voir quelle a été l'évolution de ce patrimoine.

M. François Monier : Il me semble me souvenir que l'objectif a été largement atteint. Peut-être la Cour des comptes pourrait-elle nous le dire...

M. Michel Braunstein, Conseiller maître à la Cour des comptes : Cela nécessiterait une enquête complète de la Cour. J'y suis depuis 2001, et à ma connaissance il n'y a pas eu de synthèse récente sur ce sujet.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Il serait tout de même étonnant que M. Juppé ait fixé un objectif d'économies sur le parc immobilier et que personne ensuite ne soit en mesure de dire ce qui a été fait...

Mme Paulette Guinchard-Kunstler : Je comprends que vous n'avez pas tous les chiffres, mais j'espère que les caisses et les branches les ont...

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Dans toute comptabilité, il y a tout de même les immobilisations !

M. Laurent Wauquiez : Pourrez-vous nous expliquer comment fonctionne la Commission des comptes de la sécurité sociale ? Quels sont vos outils, et quelle est votre capacité à assurer le suivi des dépenses administratives, des immobilisations, des amortissements ?

M. François Monier : S'agissant des cessions réalisées à la suite du plan Juppé, je n'ai pas les chiffres en mémoire, mais je crois me souvenir qu'à un moment on a constaté que l'objectif était atteint. Les données existent donc. Quant à la valeur du patrimoine actuel, je ne sais pas si on l'a, mais les caisses l'ont, et donc on peut l'avoir.

M. Laurent Wauquiez : Pouvez-vous être un peu plus précis ? Certes, la Commission des comptes se prononce seulement sur la certification des résultats, mais il doit bien y avoir aussi quelque chose qui ressemble à une comptabilité analytique...

M. François Monier : Le rôle de la Commission des comptes est de rassembler les comptes des organismes, dans une optique plutôt macro-économique, en mettant en évidence les grandes tendances pour les recettes, les dépenses, les soldes, les perspectives financières, et en servant de cadre à la préparation de la loi de financement. Nous essayons de progresser dans notre connaissance des bilans, mais cela reste limité. La comptabilité analytique, le contrôle de gestion sont davantage de la responsabilité de la Cour des comptes : la Commission des comptes a un effectif très réduit, et sa mission est de centraliser et de commenter les comptes, non de les contrôler.

M. Laurent Wauquiez : Si je comprends bien, non seulement on en est encore à une comptabilité de résultats, mais il n'y a pas vraiment de comptabilité analytique. Les caisses, elles, en ont une, mais qui l'exploite ? Je crains qu'on ne soit tenté de penser que les frais de gestion, rapportés à cette énorme masse financière, sont un enjeu somme toute mineur, alors qu'il s'agit tout de même de montants non négligeables.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Il n'y a pas eu de plan de redressement qui n'ait comporté un chapitre là-dessus, même si c'était marginal.

M. François Monier : Il y a eu des progrès, mais il reste encore du chemin à faire. La convention d'objectifs et de gestion de 1996 s'est traduite par une relative aisance budgétaire. De même, les pouvoirs supplémentaires donnés aux directeurs de caisses nationales ne sont pas encore suffisants : ils doivent certes approuver les budgets des organismes locaux, mais ce n'est pas encore très contraignant.

M. Georges Colombier : Pouvez-vous nous en dire plus ?

M. François Monier : Il y a des enveloppes budgétaires, mais qui ne sont pas calculées de façon très contraignante.

M. Michel Braunstein, Conseiller maître à la Cour des comptes : François Carayon a été très clair tout à l'heure : actuellement, on se base sur les crédits de la dernière année, qui incluent des reports. Et il a indiqué qu'il faudrait à l'avenir prendre la moyenne d'exécution sur toute la durée de la convention, et non plus seulement la dernière année.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Comme nous avons nous-mêmes pris du retard dans nos propres questionnements, nous avons surtout parlé à M. Carayon de la masse salariale et des immobilisations, mais il faudrait parler aussi de la valeur des programmes informatiques. Il faudra le faire revenir.

M. François Monier : Les possibilités de reports et la fongibilité des crédits font en effet que l'enveloppe n'est pas très contraignante. Il y a des règles qui s'appliquent aux organismes locaux, mais elles ne sont pas tellement respectées en pratique.

M. Georges Colombier : Cela signifie-t-il qu'il y a des améliorations à apporter sans nuire à la qualité du service ?

M. François Monier : J'en suis persuadé.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Je sais que vous ne faites que constater l'application des lois de financement, mais êtes-vous outillés pour mesurer les charges nouvelles qui pèsent sur l'assurance maladie ?

Mme Paulette Guinchard-Kunstler : Cela vaudrait la peine, je le pense aussi, d'entendre une nouvelle fois M. Carayon.

Nous voyons bien que vous avez la capacité d'évaluer les grandes masses, mais les enjeux sont très importants aussi, nous en sommes persuadés, au niveau des organismes locaux. Selon les éléments dont vous disposez, quelles sont les directions dans lesquelles on peut aller, au niveau national et local, pour améliorer la gestion ? J'insisterai beaucoup, quant à moi, pour que l'on fasse des comparaisons, non pas seulement par branches, mais par caisses, afin de mieux comprendre comment les choses se passent.

M. Jacques Domergue : Cela doit tout de même être un peu frustrant de faire des rapports dont vous savez qu'ils n'auront aucune conséquence directe l'année suivante ?

M. Laurent Wauquiez : C'est, en réduction, tout le problème de la réforme de l'Etat. Il est regrettable que les raisonnements en termes globaux se traduisent généralement par des suppressions en zones rurales et par une concentration accrue dans les grandes

agglomérations. On élude ainsi toute réflexion sur les bénéfices à retirer de la mutualisation, de l'utilisation de l'outil informatique. Il y a là une totale absence d'imagination.

M. Michel Braunstein, Conseiller maître à la Cour des comptes : J'ai évoqué, dans ma petite synthèse, lors de la réunion préparatoire, ce qui relève de l'organisation des caisses, où il est difficile de modifier les choses, et ce qui relève des structures de proximité, où il y a un gisement important de progrès de productivité, couplés à une amélioration de la qualité du service. Si l'assurance vieillesse qui doit liquider chaque année environ 500 000 retraites a 2 000 points de proximité et l'assurance maladie qui a à faire à plusieurs millions d'usagers en a 1 500, cela doit tout de même conduire à se demander quel est le maillage territorial optimal, en sachant naturellement que ce qui est optimal pour une caisse ne le sera pas forcément pour une autre.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : On n'en est pas encore là... La question de Mme Paulette Guinchard-Kunstler est fondamentale. Avant de faire des comparaisons par pays ou par branche, il faut commencer par en faire entre caisses, notamment pour ce qui est des coûts de gestion. La première chose à faire est donc de demander à la direction de chaque caisse de nous fournir ces éléments. Et il faudra aussi qu'on nous explique ce qui se passe dans des structures qui sont « hors caisses ». Est-ce que Bercy ou la Cour des comptes ont des éléments là-dessus ?

M. Michel Braunstein, Conseiller maître à la Cour des comptes : Nous avons des données, mais elles ne peuvent évidemment toutes figurer dans une synthèse en 150 pages. Nous avons des éléments de comparaison inter-caisses, mais nous avons seulement cité les plus intéressants.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Il faut en tout cas que nous ayons ces informations, de façon transparente et certifiée. M. Monier, pouvez-vous dire quelques mots de conclusion ?

M. François Monier : Ce qu'a dit M. Michel Braunstein est très important. Il faut souligner que beaucoup de structures de proximité se sont développées ces dernières années. Parmi les quelques 500 organismes disposant d'un conseil d'administration, certains sont très gros, certains sont tout petits. On devrait pouvoir en réduire le nombre sans que la qualité du service rendu aux usagers baisse, dès lors que la densité des points d'accueil reste la même. Le territoire optimal n'est pas forcément le département : il peut être plus petit ou plus grand. Or le maillage est resté figé depuis cinquante ans.

Les comparaisons entre caisses sont évidemment indispensables. C'est surtout du ressort de la Cour des comptes, même si je l'ai un peu fait à ma modeste échelle : dans le rapport de la Commission des comptes, vous trouverez, pour chaque régime, les prestations, les effectifs et les charges de gestion courante.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Et les transferts ? D'une façon générale, avez-vous vocation à faire un tableau des entrées-sorties ?

M. François Monier : Non. Nous avons vocation à calculer l'impact de toute mesure nouvelle, concernant notamment les relations entre l'État et la sécurité sociale. Cela fait partie explicitement du mandat de la Commission des comptes.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Êtes-vous demandeur d'un élargissement de vos compétences ?

M. François Monier : Ce n'est pas à moi d'en juger. La construction actuelle est toutefois un peu ambiguë. Elle est peu coûteuse, car la Commission emploie très peu de monde, dont un seul magistrat issu de la Cour des comptes. C'est surtout de cette dernière que relèvent les tâches de contrôle proprement dites.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : La question est fondamentale, mais elle échappe quelque peu à notre ressort. Il serait peut-être temps de doter notre pays d'une structure plus indépendante, qui assure l'ensemble de la certification des comptes.

M. Michel Braunstein : L'article 64 de la nouvelle loi organique relative aux lois de finances (LOLF) le prévoit, et le prochain rapport de la Cour des comptes évoquera longuement cette question.

*

**Audition de M. Philippe Georges, président du comité exécutif
des directeurs de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale,
et M. Bernard Meunier, directeur de l'UCANSS**

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : En l'absence de M. Pierre Burban, Président du conseil d'orientation de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS), dont je regrette qu'il n'ait pu être présent, je souhaite la bienvenue à M. Philippe Georges, Président du comité exécutif des directeurs, et à M. Bernard Meunier, Directeur de l'UCANSS, organisme parfois considéré comme l'employeur des personnels des caisses de sécurité sociale. Ils nous diront comment l'UCANSS accomplit ses diverses missions, quel est son champ d'action et si, selon eux, la gestion « interbranches » a encore une raison d'être ou si l'UCANSS, principalement chargée de la gestion des conventions collectives, est ou non une survivance historique.

M. Philippe Georges : C'est en ma qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) que je pensais m'exprimer devant vous sur l'organisation et les coûts de gestion des réseaux, questions qui sont du ressort des branches du régime général, et non pas directement de l'UCANSS. L'UCANSS, regroupement des caisses nationales, n'a pas le même statut qu'elles, puisque c'est un organisme de droit privé sous la tutelle de l'État. Sa fonction première est de gérer les relations sociales et de faire évoluer les deux conventions collectives uniques : celle des employés et des cadres d'une part, celle des agents de direction d'autre part. S'agissant des premiers, un important accord a été signé il y a quelques mois et une négociation non moins importante va s'engager dans les prochains jours pour redéfinir les conditions de rémunération des agents de direction. La centralisation est d'autant plus nécessaire que l'ensemble du personnel est très attaché au principe d'une convention unique, toutes branches du régime général confondues, applicable sur tout le territoire.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : La fluidité du passage des salariés de caisse à caisse est-elle réelle ? En existe-t-il beaucoup d'exemples ?

M. Philippe Georges : Cela se produit, et ces passages sont effectivement facilités par l'existence d'une convention collective unique ; il est, de fait, plus compliqué pour un salarié de passer d'un régime à un autre, en raison d'obstacles statutaires ou financiers. Cela dit, les rigidités culturelles font que la mobilité est loin d'être parfaite et nous sommes parfois obligés de batailler pour que les avis de vacances de postes ne soient pas assortis de commentaires précisant que les candidats devraient venir de telle ou telle caisse...

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Nous vous serions reconnaissants de nous fournir le chiffre des flux, internes et externes, des personnels...

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : ... ainsi que la pyramide des âges des agents, pour savoir si des progrès dans la gestion prévisionnelle du personnel peuvent être envisagés.

M. Philippe Georges : Ces données montrent qu'un nombre considérable de départs à la retraite auront lieu au cours des années qui viennent. Cette tendance donne une dimension toute particulière à la négociation des conventions d'objectifs et de gestion entre l'État et les caisses, puisque c'est dans ce cadre que se règle l'évolution des effectifs. Ainsi la CNAF négocie actuellement sa convention pour les années 2005 à 2008.

M. Bernard Meunier : Les missions de l'Union ont été réaffirmées et étendues par la loi de financement de la sécurité sociale du 21 décembre 2001 et par le décret du 6 mars 2002. Depuis sa création, en 1968, l'UCANSS est chargée de la négociation, de la conclusion et de la gestion des deux conventions collectives interbranches du régime général. C'est ainsi que, le 30 novembre 2004, un accord a été signé qui traduit une évolution culturelle majeure, puisque l'on est passé d'une rémunération individuelle très majoritairement fondée sur l'ancienneté, et donc automatique, à tout autre chose : une rémunération dont la partie fondée sur l'ancienneté est très réduite, et à laquelle s'ajoutent, à chaque niveau de qualification, des « points de compétences » attribués au terme d'un entretien individuel d'évaluation devenu obligatoire.

Pour ce qui est de la pyramide des âges, l'évaluation précise de l'évolution démographique menée par l'UCANSS depuis une décennie a permis à chaque organisme de base d'établir des projections. De mémoire, un tiers du personnel de la sécurité sociale, toutes qualifications confondues, partira à la retraite entre 2006 et 2010, les départs étant d'autant plus massifs que le niveau de qualification s'accroît.

L'UCANSS a d'autre part une grande expertise en matière de formation professionnelle, expertise mise au service des caisses nationales et des services transversaux. Depuis dix ans, un effort de professionnalisation considérable a été mené pour développer les compétences de tous les personnels, qu'il s'agisse des agents en place ou des nouveaux recrutés. L'UCANSS forme ainsi quelque deux mille techniciens par an, toutes branches confondues ; un effort particulier concerne les cadres, conformément aux dispositions de l'accord sur la formation professionnelle de 1993, dont la renégociation vient de s'engager.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Le Medef est-il présent à l'UCANSS ?

M. Philippe Georges : Non, pas davantage qu'il ne l'est aux conseils d'administration de la CNAVTS et de la CNAF.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Combien de salariés compte l'UCANSS ?

M. Bernard Meunier : L'organigramme comprend 230 salariés, tous de droit privé ; l'effectif permanent s'établit entre 215 et 220 personnes.

M. Georges Colombier : Quelle est la politique de formation professionnelle ? Existe-t-il des orientations annuelles générales, ou se fait-elle en fonction des demandes exprimées par le personnel ?

M. Bernard Meunier : Chacun des quelque 600 organismes de base est indépendant, mais l'UCANSS participe à la mise en œuvre de la politique de formation par

l'offre d'une gamme de formations nationales très variées, destinées à l'ensemble des personnels. Les directeurs, dont chacun définit le plan de formation de son organisme, disposent ainsi d'une importante offre de formation institutionnelle.

M. Georges Colombier : Comment se fait la répartition ?

M. Bernard Meunier : De manière constante depuis dix ans, le taux global de participation à la formation, toutes branches confondues, est de 5 %, ce qui est important ; le taux varie toutefois selon les branches et les projets. On notera que, contrairement à ce qui se passe dans les entreprises privées, les petits organismes – les URSSAF par exemple – ont souvent le taux de participation à la formation le plus élevé. C'est que les caisses doivent former tous les nouveaux recrutés aux métiers de base, qu'ils ne connaissent pas.

M. Georges Colombier : L'offre de formation correspond-elle uniquement aux besoins de chaque organisme considéré, ou un salarié peut-il envisager une formation tournée vers l'extérieur ?

M. Bernard Meunier : Cela relève de chaque directeur de caisse. Mais, dans les caisses où les entretiens professionnels se pratiquent déjà, ils sont largement consacrés aux besoins en formation, évalués tant par la hiérarchie que par le salarié lui-même. Cela permet ensuite à la direction des ressources humaines de l'organisme considéré d'accepter, ou non, les demandes présentées, en fonction des besoins des services, y compris lorsque s'exprime une demande de mobilité, particulièrement pour les niveaux de qualification les plus élevés. De plus, comme ailleurs, les salariés peuvent bénéficier du congé individuel de formation.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : La politique des rémunérations est-elle fondée sur l'ancienneté, les primes, le mérite ? Existe-t-il des avantages en nature dans certains corps ?

M. Bernard Meunier : Il convient de distinguer le système en vigueur jusqu'au 31 janvier 2005 et celui qui découle de l'accord signé le 30 novembre 2004 et entré en vigueur le 1^{er} février, sachant qu'il existe toujours trois niveaux de qualification pour les employés et six niveaux pour les cadres ; après quoi, on passe aux agents de direction.

Jusqu'au 31 janvier 2005, la rémunération de base était calculée en multipliant le coefficient de base de la qualification, exprimé en points, par la valeur du point ; s'appliquait ensuite une augmentation automatique d'ancienneté de 2 % par an dans la limite de 40 %, et une notation annuelle permettait, dans la limite d'un quota égal à 40 % du personnel, d'obtenir encore 2 % d'échelon supplémentaire. De plus, un nouvel élément de rémunération avait été introduit en 1993, premier avatar du concept de rémunération de la compétence : la possibilité d'attribuer de trois à quatre « degrés » liés à des développements de compétences correspondant à des qualifications précises. L'attribution de ces niveaux supplémentaires de rémunération faisait l'objet d'un entretien d'évaluation permettant de s'assurer que la compétence requise était acquise. A ces éléments de rémunération s'ajoutait l'augmentation collective des salaires. On voit que, dans ce système, l'ancienneté avait un poids considérable dans la rémunération.

Le coefficient de base par qualification existe toujours, et il a même été relevé pour tenir compte du fait que celui des qualifications les plus basses était inférieur au SMIC. Mais, depuis le 1^{er} février 2005, on est passé de la notion d'« ancienneté » à celle d'« expérience », et l'augmentation n'est plus de 2 % mais de 2 points pour tout le monde, avec un maximum de 50 points. A également été instituée une « plage salariale » qui traduit, chaque année, l'attribution de « points de compétence » à 25 % de l'effectif, attribution qui

repose sur une évaluation objective et mesurée du développement des compétences de chaque salarié, au terme d'un entretien d'évaluation. Autrement dit, il ne suffit pas de faire bien son travail, il faut aussi améliorer son expertise juridique, technique ou relationnelle. La rémunération individuelle est donc de moins en moins liée à l'ancienneté.

M. Georges Colombier : Voilà qui souligne l'importance de la formation professionnelle.

M. Bernard Meunier : Effectivement. C'est dire l'importance de la concordance entre l'accord signé le 30 novembre 2004 et la négociation sur la formation professionnelle qui s'engage, orientée vers le développement des compétences mis en avant dans la loi du 4 mai 2004. Notre objectif est bien entendu que le service rendu au public et aux partenaires soit le meilleur possible.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Outre la négociation des conventions collectives, quelles sont les missions de l'UCANSS ?

M. Philippe Georges : Elle a aussi un rôle d'expertise immobilière.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Elle connaît donc le patrimoine immobilier de la sécurité sociale ?

M. Philippe Georges : Il est connu au niveau des branches, puis centralisé. Les opérations immobilières sont décidées par chaque caisse dans le cadre de son plan de financement propre, mais elles recourent à l'UCANSS pour des expertises techniques. Le mécanisme est toujours le même : l'UCANSS fait office de GIE et mutualise les moyens, mais les décisions d'opportunité et la gestion relèvent de chaque réseau.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : La mission se penchera avec un grand intérêt sur l'inventaire du patrimoine immobilier de la sécurité sociale et sur son évolution.

M. Philippe Georges : Nous vous communiquerons le nombre des immeubles et leur surface respective, mais je ne suis pas certain que ce patrimoine immobilier soit valorisé.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Sans nul doute, l'ensemble des actifs immobiliers figure dans les comptes administratifs.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Comment l'UCANSS est-elle financée ?

M. Bernard Meunier : Pour la gestion administrative, c'est-à-dire les frais de personnel, par une contribution des caisses nationales : 69 % provenant de la CNAMTS, 22 % de la CNAF et 9 % de la CNAVTS. L'Union dispose aussi d'une ligne budgétaire libellée « services rendus », car elle passe des marchés avec des imprimeurs, notamment pour les imprimés de l'assurance-maladie, les fait fabriquer et les vend aux caisses primaires, ce dont elle tire des produits. Les caisses n'ont pas l'obligation de se tourner vers l'UCANSS pour se fournir, mais c'est un service qui leur est rendu : non seulement cela leur évite de devoir passer les marchés, mais ces commandes en très grand nombre permettent d'obtenir des prix plus bas.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : L'UCANSS est-elle tenue informée en temps réel des recrutements, des carrières, et plus généralement de l'évolution des effectifs ? Se limite-t-elle à la constater, ou a-t-elle un rôle de tutelle dans ce domaine ?

M. Bernard Meunier : L'UCANSS n'a aucun pouvoir de tutelle mais, parce que nous avons, chaque mois, l'état des payes, nous sommes tenus au courant des flux d'entrées et de sorties par niveaux de qualification. Cela vaut particulièrement pour les agents de direction, parce que l'UCANSS gère le secrétariat du comité des carrières pour les directeurs et les agents comptables et que l'Etat vient de lui confier le secrétariat de la liste d'aptitude.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Il nous serait précieux de connaître les flux relatifs aux cadres supérieurs pour les douze derniers mois, ainsi que les grilles de salaires des directeurs et des praticiens, pour avoir une vision d'ensemble claire.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Puisqu'un très important mouvement de départs à la retraite va s'engager sous peu, le moment n'est-il pas venu de réfléchir à d'éventuels rapprochements territoriaux et fusions pour tenter de réduire le nombre d'organismes et de caisses, suivant en cela les recommandations de la Cour des comptes ?

M. Georges Colombier : C'est une idée qui peut sembler bonne si l'on observe les choses depuis Paris, mais il faut faire attention : certains départements sont très peuplés, et dans d'autres, qui le sont également, les distances sont de surcroît très longues. Ainsi, l'Isère compte certes une caisse à Grenoble et une autre à Vienne, mais il faut une heure et demie pour se rendre de l'une à l'autre ville !

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : J'observe que les personnels de l'audiovisuel public dépendent également d'une convention collective spécifique ; mais, à ma connaissance, une seule personne, dans chaque organisme concerné, est chargée de la gérer, et il n'existe pas d'organisme particulier. Comment se justifie la gestion coopérative des ressources humaines pour les organismes de sécurité sociale ?

M. Philippe Georges : Cette organisation s'explique largement par l'histoire de la sécurité sociale : à l'origine, l'UCANSS avait à sa tête un conseil d'administration qui donnait les orientations de la négociation de la convention collective. J'ignore ce qu'il en est aujourd'hui dans les autres grands services publics, mais les effectifs ne sont pas au prorata de l'importance des missions. La gestion immobilière et celle des imprimés peuvent justifier des effectifs spécialisés et en nombre, mais il est important, aussi, de respecter les équilibres entre les branches, et l'on voit mal laquelle récupérerait ce service commun. Le fait qu'il existe un organisme extérieur équilibre les impératifs de gestion des différentes branches du régime général et je ne pense pas que rattacher les 50 personnes qui suivent les négociations collectives à l'une des caisses nationales améliorerait la gestion de l'ensemble.

Sur un autre plan, il est évident que l'évolution attendue des effectifs conduit à s'interroger sur le rapprochement, voire la fusion de certains organismes, mais cette question est de la responsabilité des caisses nationales et non de l'UCANSS. C'est d'ailleurs l'un des chapitres importants de la convention d'objectifs et de gestion de la CNAF, en cours de négociation.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : L'UCANSS joue un rôle en matière de ressources humaines mais les caisses recrutent de manière autonome. Il y a donc deux pilotes ; cet emboîtement des responsabilités entre l'UCANSS sur le plan national et les caisses sur le plan local est curieux.

M. Philippe Georges : Il est exact que la sécurité sociale a une organisation sans équivalent, qui ne relève ni de la logique du secteur privé ni de celle de l'administration. Elle s'explique par son histoire - avec la création des caisses locales en 1945 puis des caisses nationales en 1967 par les ordonnances Jeanneney - et il est vrai que l'on reste prisonnier de

l'articulation entre niveau national et niveau local, ce qui requiert des ajustements permanents. Mais ce mouvement est assez comparable à celui qui s'établit en Europe entre le niveau communautaire et le niveau national... Dès 2005, le rôle de la CNAF en matière de ressources humaines sera renforcé ; les directeurs locaux souhaitent des harmonisations pour déterminer les justes niveaux de recrutement et la politique de formation. Tout cela se fait, de plus en plus, au niveau national.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Je vous remercie.

AUDITIONS DU 3 MARS 2005

Audition de M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, de M. Bernard Cieutat, président de la sixième chambre, de Mme Rolande Ruellan, présidente de la 2^e section de la sixième chambre, de M. Christian Babusiaux, président de la 1^{re} section de la sixième chambre, et de M. Michel Braunstein, conseiller-maître à la sixième chambre, rapporteur général chargé de l'élaboration du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale

M. Pierre Morange, coprésident : Nous avons le plaisir et l'honneur d'accueillir M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, qui nous fera part de ses réflexions sur le champ des travaux de la MECSS et sur leur articulation avec les travaux de la Cour des comptes. Notre souhait est que s'instaure une étroite collaboration avec la Cour des comptes, afin de développer une véritable culture publique de l'évaluation, pour le plus grand profit de nos concitoyens.

M. Philippe Séguin : Merci tout d'abord de l'accueil que vous voulez bien me réserver, ainsi qu'à M. Bernard Cieutat, président de la 6^e chambre, à Mme Rolande Ruellan et à M. Christian Babusiaux, présidents de section, et à M. Michel Braunstein, rapporteur général du rapport annuel de la Cour des comptes sur la sécurité sociale.

Je suis moi-même très heureux d'intervenir aujourd'hui devant vous à l'occasion de la deuxième réunion de la MECSS. J'aurais aimé, comme vous me l'aviez proposé, participer à la séance d'installation de la MECSS qui a eu lieu le 10 février, mais cela ne m'a pas été possible en raison de la tenue, ce jour-là, de la chambre du Conseil qui a examiné et approuvé le rapport annuel 2004 de la Cour. Je pense que vous aurez bien voulu me comprendre et m'excuser.

C'est la loi sur l'assurance maladie du 13 août 2004 qui a donné la possibilité aux deux assemblées de mettre en place une MECSS, et je salue le volontarisme dont a fait preuve le président Dubernard, qui a souhaité mettre en œuvre cette opportunité nouvelle sans délai, avec son efficacité coutumière et en associant la Cour à sa démarche.

La réunion de travail que nous avons eue à ce sujet en novembre dernier a, à cet égard, été très utile. Elle a permis d'avoir un dialogue franc et sans langue de bois sur cette question et la Cour a notamment pu faire valoir ses points de vue liés à la nécessité de procéder à une programmation de ses travaux et à son souhait – qui était, au demeurant, partagé par votre commission – de tenir le plus grand compte des travaux déjà effectués, ne serait-ce que pour optimiser le travail de chacun.

Il avait été convenu à cette occasion qu'un protocole préciserait le cadre de cette collaboration. Ce protocole vient d'être mis au point comme en témoigne notre récent échange de lettres. Sa disposition principale prévoit le principe de deux rencontres annuelles en mai et en octobre. La première de ces réunions ainsi organisée, bien en amont de la détermination du programme de travail annuel de la Cour, permettrait tant à la Cour qu'à la MECSS d'avoir un échange d'une part sur les travaux envisagés par la Cour, d'autre part sur les propres souhaits de votre commission des affaires sociales. Cet échange devrait permettre, tout en tenant compte de nos contraintes, d'identifier les thèmes parmi ceux que vous auriez inventoriés qui pourraient être inscrits dans notre programmation. Pour éclairer cet échange, je vous communiquerai d'ailleurs, avant cette réunion, nos prévisions de contrôles et d'enquêtes pour les deux prochaines années.

La réunion d'octobre serait consacrée, quant à elle, à l'évaluation des suites données à nos travaux respectifs. Pour que cette évaluation ait un sens, elle devrait s'appliquer à des travaux pour lesquels les administrations ou organismes concernés auront eu un délai raisonnable - au moins un an - pour décider des suites données aux recommandations de la Cour ou de la MECSS.

Cela dit, les thèmes choisis par la MECSS pour l'année 2005 nous conviennent. Comme ils tiennent compte de notre calendrier de travail, ils permettront à votre commission de s'appuyer sur les analyses de la Cour et de vérifier si ses recommandations ont été suivies d'effet.

Votre premier thème de travail, qui devrait mobiliser la MECSS jusqu'en mai, a fait l'objet d'une longue et substantielle insertion dans le tout dernier rapport sur la sécurité sociale que j'ai eu l'honneur de vous présenter le 16 septembre dernier. J'y reviendrai plus longuement dans un instant.

Fin mai, la MECSS sera en mesure d'examiner le rapport établi par la Cour sur le plan Biotox. En effet, comme je vous l'avais indiqué en novembre dernier, ce dossier est en cours d'instruction suite à une saisine faite par le Sénat en novembre 2003. Le traitement de ce sujet sensible a pris plus de temps que prévu et il en a été de même s'agissant de la phase de contradiction. Celle-ci, en raison du sujet, est en effet soumise à une procédure formelle plus lourde en raison de la confidentialité qui s'y attache. Mais nous sommes maintenant au terme du processus qui sera achevé d'ici la fin mars. La 6^e chambre délibérera ensuite dans les meilleurs délais. Le document définitif devrait donc pouvoir être envoyé au Sénat dans le courant du mois d'avril et, dans la foulée, à votre commission. L'examen par la MECSS de ce dossier pourrait donc s'achever, je l'imagine, avant les congés d'été.

J'ai moins de visibilité, je le confesse, sur l'harmonisation dans le temps de nos travaux respectifs relatifs au financement des établissements d'hébergement des personnes âgées. Comme vous le savez, la Cour a prévu de publier durant le dernier trimestre 2005 un rapport public particulier sur un sujet qui recoupe très largement vos préoccupations puisqu'il concerne les personnes âgées dépendantes. La date prévisionnelle de sortie de ce rapport est le mois d'octobre. La Cour fera tout son possible pour que nous tenions cette date. Nous en sommes au stade de l'envoi aux administrations de relevés de constatations provisoires sur chacun des aspects du dossier. L'envoi de ces relevés devrait être achevé dans les tout prochains jours. Tout dépendra alors du respect du délai de réponse par les administrations. Nous leur enverrons ensuite, avant l'été, la synthèse de nos travaux, destinée à être publiée. Vous serez destinataires de ces travaux dès qu'ils auront été contredits et synthétisés.

Par ailleurs, il me semblerait dommage et, à certains égards, démobilisateur pour tout le monde, que vos travaux démarrent avant que vous ayez pris connaissance de ce rapport public particulier. Nous avons là une petite difficulté à gérer au cours de l'automne prochain. Nous la réglerons ensemble le moment venu. Dans l'immédiat, peut-être pourra-t-il être précisé à nos correspondants, avec encore plus de vigueur qu'à l'accoutumée, que j'attacherai personnellement le plus grand prix et la plus grande attention à un strict respect des délais.

Le second point que je souhaiterais évoquer devant vous a trait au projet de loi organique relatif aux lois de financement de la sécurité sociale. Ce projet de loi, qui devrait être prochainement examiné en première lecture par le Sénat, a des ambitions très larges. Pour mettre fin aux difficultés et aux limites que chacun a pu constater dans la mise en œuvre de ces lois de financement, le projet qui va être soumis au Parlement vise à donner à

ces lois plus de cohérence et de crédibilité, notamment en leur conférant une dimension pluriannuelle et en y introduisant une démarche « objectifs-résultats ». Le projet vise aussi à renforcer la portée du vote sur l'ONDAM et à favoriser l'équilibre financier de la sécurité sociale, en permettant au Parlement de se prononcer sur le solde des régimes obligatoires de base et sur celui du régime général.

Je tiens à souligner que ce projet de loi correspond très largement aux analyses et aux positions que la Cour a présentées dans ses derniers rapports annuels sur la sécurité sociale. Il a vocation à remplacer l'actuelle loi organique votée en 1996. Celle-ci, qui a certes représenté un progrès considérable, a aussi montré depuis ses limites dans la conjoncture économique et financière difficile de la sécurité sociale.

La Cour a ainsi dénoncé à plusieurs reprises l'impossibilité de rapprocher les objectifs de dépenses et les prévisions de charges, en raison de la non-concordance des champs et du mode de présentation retenu pour les recettes. Elle a aussi critiqué le périmètre de l'ONDAM et ses relations confuses avec l'objectif de la branche maladie. Le projet de loi corrige beaucoup des défauts ainsi dénoncés en prévoyant notamment un vote sur les soldes des branches et en calant les objectifs de dépenses sur les engagements pluriannuels annexés au projet de loi de finances. Il enrichit également l'information donnée au Parlement en confiant à la Cour la charge de certifier les comptes des branches du régime général et de donner un avis sur les tableaux d'équilibre par branches de tous les régimes, ce qui permettra notamment de rapprocher les résultats comptables des objectifs.

Cette disposition s'inscrit dans la continuité de l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 qui a prévu l'élaboration de comptes combinés de branche et de régimes par les agents comptables nationaux. Le périmètre, circonscrit au régime général, de la certification confiée à la Cour a été déterminé en concertation étroite entre la Cour et les services du ministère chargé de la sécurité sociale. La certification des comptes combinés des régimes autres que le régime général devrait être prévue par une loi ordinaire et confiée à des réviseurs extérieurs à l'État, comme c'est déjà le cas dans le régime agricole.

En dernier lieu, je souhaite évoquer le thème qui nous réunit aujourd'hui, à savoir la gestion et le coût des organismes de sécurité sociale du régime général. Je ne vais pas rappeler les principales conclusions faites par la Cour car vous ne manquerez pas d'y revenir, j'imagine, dans les questionnements qui vont suivre mon intervention. J'aimerais cependant mettre en relief plus particulièrement trois points.

Certains des organismes évoqués dans le rapport ont estimé que la Cour avait été trop ou, du moins, très sévère à propos des appréciations d'ensemble qui ont été formulées à cette occasion. Il est vrai qu'ils ont été impressionnés à la fois par une couverture de presse importante qui n'a pas toujours su résister à la tentation de titres quelque peu provocateurs et par des réactions syndicales parfois vives. Mais ces réactions ont également montré que le rapport de la Cour a suscité le débat au sein du régime général.

Pour ma part, je voudrais rappeler tout d'abord, l'atout essentiel dont disposent actuellement les différentes branches pour assurer leur pilotage et leur gestion au travers des conventions d'objectifs et de gestion, les fameuses COG. Mises en place à partir de 1996, après une période d'apprentissage parfois difficile, celles-ci ont maintenant acquis une légitimité très forte et la troisième génération de COG actuellement en cours de discussion sera, je l'espère, celle de la maturité. A cet égard, les organismes de sécurité sociale ont une avance incontestable sur bien des administrations comme en témoigne la mise au point délicate des indicateurs d'efficacité, d'efficience et de qualité de service prévus dans les

missions et les programmes, déterminés en application des nouvelles dispositions de la loi organique relative aux lois de finances.

Cela étant, les prochaines COG doivent fixer des objectifs de gestion plus clairs et plus exigeants. Elles doivent notamment aboutir à une meilleure organisation territoriale des différentes branches. Celle-ci n'est pas bonne. Elle ne l'est pas au niveau de l'organisation institutionnelle des branches qui est en effet fondée, sauf dans la branche retraite, sur des réseaux pléthoriques de caisses, dotées de conseils d'administration, dont la carte est restée figée depuis 1945, à quelques rares exceptions près.

Je n'ignore pas, et pour cause, l'attention qu'en votre qualité d'élus locaux vous portez à la mise à disposition du public de services de proximité mais il n'est plus possible aujourd'hui d'en rester à la situation actuelle. Il faut à l'évidence utiliser les possibilités offertes par les nouvelles technologies et aussi les possibilités largement sous-utilisées de mutualiser certaines tâches entre caisses. Les branches ont besoin d'un pilotage fort par les caisses nationales. C'est loin d'être le cas actuellement, et notamment parce que l'organisation territoriale actuelle ne le permet pas. A titre d'exemple, la caisse nationale d'assurance maladie ne peut assurer correctement cette fonction avec les 129 caisses primaires qui sont en prise directe avec elle. Les réseaux denses des caisses des branches maladie mais aussi des branches famille et recouvrement - je vous rappelle qu'il n'y a pas moins de 122 caisses d'allocations familiales et de 104 URSSAF ! - doivent donc être reconfigurés.

Regrouper les caisses ne signifie évidemment pas supprimer la présence de terrain, nécessaire pour les fonctions qui relèvent véritablement du niveau local. Ceci m'amène à évoquer une autre observation de la Cour. Aux réseaux des caisses locales, s'ajoutent les très nombreuses structures de proximité qui ont été multipliées ces dernières années dans chaque branche : il en existe environ 1 500 dans la branche maladie, et plus de 2 000 dans les branches famille et vieillesse. Ces structures de proximité ont dans certains cas une véritable utilité mais elles ont été le plus souvent mises en place sans pilotage d'ensemble, sans prise en compte des réalités économiques et financières et trop souvent sans véritable analyse des besoins réels des assurés sociaux.

Le dernier point que je souhaite évoquer a trait à un meilleur équilibre à rechercher entre deux objectifs qui, loin de s'opposer, doivent être complémentaires, en l'occurrence la qualité de service et la productivité. Chacun s'accorde à dire que, sauf exception, la productivité a été jusqu'à présent une préoccupation secondaire dans les COG. Il est essentiel que ce rééquilibrage soit effectué dans les conventions en cours de révision, notamment dans celles qui ont été, jusqu'à présent, les plus frileuses sur cette question. C'est en particulier le cas de la branche maladie et des 90 000 agents qui travaillent à la CNAMTS et dans les caisses locales. Les données chiffrées sont sans appel : globalement, le pôle production des caisses primaires qui traite plus d'un milliard de feuilles de soins par année n'a pour l'instant pas tiré parti des gains de productivité très importants induits par les procédures totalement automatisées permises par SESAM-Vitale. La productivité a même baissé de 21 % entre 1999 et 2002 puisque le nombre de décomptes non automatisés restant effectivement à la charge des agents est passé de 21 800 par agent en 1999 à 17 100 en 2002, soit une baisse nettement supérieure à l'effet mécanique de l'aménagement et de la réduction du temps de travail.

Sur ce seul sujet des dépenses de gestion, la Cour a fait dans son rapport 2004, dix-neuf recommandations précises et argumentées. Je ne méconnais pas les difficultés que peut présenter la mise en œuvre de certaines d'entre elles, mais je ne doute pas, Messieurs les

présidents, Monsieur le rapporteur, Mesdames et Messieurs les députés qu'avec votre aide et grâce à la MECSS, ces idées puissent progresser.

Je vous remercie de votre attention. Je suis, ainsi que Bernard Cieutat, Christian Babusiaux, Rolande Ruellan et Michel Braunstein, à votre disposition pour répondre à vos questions.

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous remercie, Monsieur le Premier Président, de cet exposé à la fois synthétique et exhaustif.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Je vous remercie également de ces précisions qui ne manqueront pas de nourrir nos travaux.

Ma première question a trait à la nouvelle convention d'objectifs et de gestion entre l'État et l'assurance maladie, qui doit être conclue avant la fin de l'année. Quels seraient, selon vous, les indicateurs qu'il conviendrait d'y insérer ? Doivent-ils comporter une forme d'intéressement, voire, inversement, de sanction ?

Vous avez d'autre part évoqué le rapport de 1995, qui pointait des écarts de performance importants entre les organismes locaux, et contenait des recommandations qui n'ont guère été suivies. Pourquoi ne l'ont-elles pas été, et que faudrait-il faire pour qu'elles le soient à l'avenir ? Je note que vous avez conclu votre propos sur une note assez pessimiste quant à l'efficacité des outils de pilotage...

M. Philippe Séguin : Si telle est l'impression que j'ai donnée, je souhaite la corriger. La COG est un outil de pilotage intéressant, qui arrive à maturité, et dont la troisième génération constitue un enjeu important. Il s'agit de mieux prendre en compte l'impératif de productivité, tout en maintenant un haut niveau de qualité du service, notamment pour ce qui est de l'accueil du public, sur lequel a porté une grande partie de l'effort jusqu'à présent. La période d'apprentissage qui s'achève a donné, c'est vrai, des résultats variables, mais les choses devraient pouvoir changer.

La convention entre l'État et le régime général d'assurance maladie revêt une importance particulière, car cette branche emploie 63 % des agents travaillant pour le régime général ; de son succès dépend donc une très large part des gains de productivité que l'on peut espérer. La réforme de l'assurance maladie d'août 2004 donne au directeur général de la CNAMTS des pouvoirs accrus ; c'est une condition importante pour que la nouvelle COG soit plus volontariste que les précédentes. Nous sommes en effet à un moment où l'on peut espérer réaliser des gains de productivité considérables, notamment grâce à la généralisation de la télétransmission, tandis que le nombre des départs à la retraite va s'accélérer ; il y a là une concomitance dont il faut tirer parti.

Il serait bon, en outre, que la nouvelle COG couvre l'ensemble des métiers de l'assurance maladie, contrairement aux précédentes, muettes sur le fonctionnement du contrôle médical, lequel emploie quelque 10 000 personnes et a une forte incidence sur le niveau des remboursements.

Quant à l'effet des recommandations de la Cour des comptes, on peut le mesurer au fil de ses rapports successifs, dont plusieurs se sont penchés sur la gestion des organismes de sécurité sociale. La Cour ne prétend toutefois pas être à l'origine de toutes les mesures prises à la suite de ses recommandations, consciente qu'elle est que tout processus de décision est complexe par nature.

M. Bernard Cieutat : La Cour des comptes ne prétend nullement non plus que la COG soit un mauvais instrument de pilotage : c'est au contraire le seul concevable. On y a parfois vu, pour la redouter, une volonté de centraliser ou d'étatiser la sécurité sociale par ce biais. Il n'en est rien ! Il s'agit d'une relation contractuelle, qui ménage à la fois l'intérêt général, notamment sur le plan financier, et l'autonomie du système mis en place à la Libération.

Le propos était de faire le bilan des deux premières COG avant que soit élaborée la troisième, afin de présenter des recommandations de nature à remédier aux défauts constatés et de donner plus d'efficacité à l'outil. Ce que nous avons constaté, c'est que l'État, définissant mal la stratégie, a du mal à inscrire celle-ci dans la COG, et que, faute d'une pression suffisante, les caisses du régime général ne sont guère incitées à progresser en efficacité et en productivité. C'est principalement sur ces deux points que portent les recommandations de la Cour des comptes.

Le rapport de septembre 2004 a donné quelques indications précises, qui s'appuient sur des études, souvent très détaillées, portant sur les différentes branches. Le Premier Président a cité l'assurance maladie, mais l'analyse de la Cour porte aussi sur les autres branches, comme le recouvrement. C'est ainsi que le chèque emploi-service n'a pas permis tous les gains de productivité attendus, car une part non négligeable des particuliers employeurs n'y recourt pas ; il en va de même de la procédure de versement en lieu unique (VLU) pour les groupes possédant plusieurs établissements.

S'agissant du cadrage budgétaire, il faut souligner la qualité du dialogue entre la direction du Budget et les caisses nationales, responsabilisées au moyen d'enveloppes fermées en contrepartie de souplesses de gestion importantes : caractère fongible et reportable des crédits, suppression des contrôles a priori, mécanismes d'intéressement... Le constat est donc positif : les enveloppes ont été respectées, et lorsque des mesures non imputables aux branches, sur le temps de travail par exemple, ont conduit à les dépasser, cela a donné lieu à des avenants. Il reste cependant que les enveloppes ont été jusqu'ici fixées de façon trop large, en prenant pour référence la dernière année ; or la sous-consommation des crédits, importante, provoque des reports qui s'aggravent et s'accumulent d'année en année, ce qui fait naturellement perdre de l'efficacité au dispositif.

M. Christian Babusiaux : Je voudrais apporter des précisions sur les indicateurs d'une part, sur l'intéressement d'autre part.

La question des indicateurs de gestion est naturellement très importante, mais moins que ne le sont la contrainte budgétaire, qu'évoquait à l'instant le président Cieutat, et la réorganisation territoriale. Quant aux indicateurs eux-mêmes, certains font défaut, d'autres sont inadaptés. Le Premier Président soulignait ainsi, voici un instant, que la COG de l'assurance-maladie était muette sur le contrôle médical. J'irai même plus loin : il n'y a pas d'indicateurs d'activité des services du contrôle médical ! On dispose bien de quelques données, mais qui sont très fragmentaires, et on n'a, a fortiori, pas d'objectifs. Et parmi les indicateurs inadaptés figurent ceux relatifs à la productivité : les caisses, celles d'assurance maladie en particulier, utilisent généralement le BAP - « bénéficiaire actif pondéré » -, qui n'est pas un bon instrument de mesure, et nous en avons d'ailleurs analysé les lacunes et les faiblesses.

Mais une fois choisis les bons indicateurs, quels objectifs doit-on se fixer, notamment en termes de liquidation ? Les indicateurs actuels de productivité de l'assurance maladie sont centrés sur un objectif : se rapprocher des résultats obtenus par les cinquante caisses les plus performantes. Outre que ce n'est guère incitatif pour les cinquante caisses en

question, c'est un optimum de second rang, et l'on devrait afficher au moins l'ambition de rattraper les dix caisses les plus performantes. Par ailleurs, on observe dans les caisses primaires une certaine dégradation de la productivité pour tout ce qui n'est pas les feuilles de soins électroniques. Il semble donc que les gains soient exclusivement dus à l'extension de la télétransmission, et c'est pourquoi il faut bâtir un indicateur de productivité pour les feuilles traitées manuellement, ne serait-ce que dans le but d'éviter une nouvelle dégradation.

S'agissant de l'intéressement, il faut rappeler que les COG n'en fixent que le principe, et non les modalités. Celles-ci, en effet, ne relèvent pas d'accords entre l'État et les caisses, mais de la négociation collective entre partenaires sociaux. Deuxième remarque : c'est l'UCANSS qui négocie, et non pas chaque réseau, ce qui fait certainement problème. Il y a, certes, une unité de fond de la sécurité sociale, mais le métier du recouvrement, par exemple, n'est pas le même que celui de la CNAF. Il faut prendre acte de cette professionnalisation des branches, qui évoluent vers des métiers spécifiques, et concevoir des mécanismes différents d'une branche à l'autre. Or, la part du national et du local dans les mécanismes d'intéressement est la même partout... Pour aller dans le même sens, il faudrait responsabiliser davantage les directeurs de caisses nationales, leur donner plus de leviers pour agir sur la gestion des ressources humaines, et en particulier pour piloter les négociations sur l'intéressement. On ne peut plus poser la question de l'intéressement sans poser celle du lieu de la négociation. Actuellement, l'intéressement est accordé en fonction de résultats nationaux plus que locaux. Or la productivité est très différente selon les caisses. Il faut donc majorer la part calculée à partir des résultats locaux.

Les indicateurs de référence ne portent pas sur la réduction des coûts dans les organismes de base. Il y a des indicateurs de la qualité du service, qui sont très utiles, mais il est paradoxal qu'il n'y ait rien sur la réduction des coûts, et que l'intéressement puisse donc être accordé même si les coûts de l'organisme sont parmi les plus élevés de la branche. Dans un premier temps, des indicateurs peu incitatifs étaient sans doute nécessaires, mais le moment est sans doute venu d'en choisir de plus incitatifs.

Mme Rolande Ruellan : Je consacrerai mon intervention à la question du suivi, ce qui conduit à relire les rapports qui se sont succédés depuis dix ans. Dans le premier de ces rapports, celui de 1995, antérieur donc à la mise en œuvre des COG, la Cour des comptes s'était préoccupée des coûts de gestion, et nous sommes heureux que la MECSS le fasse à son tour. On peut évidemment considérer que 4 % du total des dépenses, soit moins de 10 milliards d'euros, ce n'est pas beaucoup, mais c'est tout de même important, pas seulement en soi, mais sur un plan plus général, psychologique notamment. Il faut observer au passage que ce sont, à 70 %, des frais de personnel.

Quant au sort réservé aux recommandations de la Cour des comptes, il faut souligner que celle-ci ne traite pas systématiquement le même sujet à chaque rapport, surtout lorsque les pouvoirs publics prennent des initiatives de leur côté. C'est ainsi que l'instauration des COG a rompu la continuité, dans la mesure où il a fallu attendre un temps de mise en œuvre suffisant pour réexaminer les choses au vu de l'expérience. Reste que nous voyons parfois certaines de nos recommandations reprises, comme sur l'intéressement, ou sur l'implication des directeurs de caisses dans la gestion des ressources humaines et dans les négociations des accords au niveau de l'UCANSS – mesure reprise dans la réforme de 2002. Nous ne nous en attribuons naturellement pas la paternité exclusive, mais nous contribuons à faire passer des idées, et nous alimentons la réflexion des pouvoirs publics.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Puisque vous préconisez une responsabilisation accrue des directeurs de caisses primaires, j'ai une première question un

peu brutale : l'UCANSS a-t-elle encore une raison d'être ? C'est une entité qui emploie tout de même 230 salariés...

Ma deuxième question porte sur les indicateurs de réorganisation territoriale : peut-on avancer davantage vers la mutualisation, vers la réorganisation des caisses, y compris au niveau infra-départemental ?

Mme Paulette Guinchard-Kunstler : Ma question a trait aux mêmes sujets, car je suis persuadée que la question territoriale est essentielle, en termes de gestion comme de service rendu, d'où l'importance des indicateurs d'efficacité au niveau territorial. Dispose-t-on d'études comparatives entre caisses ? La Mutualité sociale agricole (MSA), par exemple, gère toutes les branches, et est très performante, de l'avis général, en termes de service rendu, mais je manque d'éléments chiffrés là-dessus.

M. Georges Colombier : Je suis conscient de ce qu'il y a sans doute des économies à faire sur la réorganisation des caisses locales, dont la carte date de 1945, mais j'ai aussi entendu le Premier Président nous dire qu'il ne fallait pas supprimer les services de proximité. L'Isère, par exemple, est un département à la fois très étendu et très peuplé : il faut une heure et demie pour relier Vienne à Grenoble. Il ne faudrait pas que l'utilisateur supporte les conséquences de la réorganisation.

M. Philippe Séguin : Ce point me donne l'occasion de fixer les limites des compétences respectives de chacun. Notre métier à nous est de dire où il est objectivement possible de faire des économies. Votre responsabilité politique est d'en apprécier l'opportunité. S'il en était autrement, nous tomberions dans une forme de gouvernement des juges.

Mme Rolande Ruellan : Faut-il maintenir l'UCANSS ? Nous sommes persuadés qu'elle a son utilité, car elle couvre toutes les branches, ce qui permet d'avoir une convention collective pour l'ensemble du régime général et d'organiser la mobilité des agents, de direction en particulier, entre les branches. Cela dit, nous avons dit aussi que les caisses devaient davantage s'impliquer dans la gestion des ressources humaines. Il faut donc trouver plusieurs niveaux de négociation : inter-branches, branche, voire local. C'est forcément compliqué, parce que les conventions collectives doivent être agréées, et que les avantages n'y sont pas soumis à des planchers comme dans le droit commun du travail, mais à des plafonds, dans la mesure où il s'agit d'argent public. Il faut prendre en compte la spécificité des métiers sans détruire le niveau inter-branches.

Les directeurs de caisses nationales doivent être les copilotes de la négociation. Ils sont mieux à même de connaître les besoins et peuvent faire passer des choses très concrètes dans les conventions ; c'est une façon de les responsabiliser. La politique des pouvoirs publics, au fil des ans, a consisté à accroître les pouvoirs des caisses nationales. La gestion des ressources humaines est sans doute le dernier domaine où cela reste encore à faire.

La mutualisation n'est pas facile, que ce soit au niveau d'une ville ou d'une région. Certes, il y a la MSA, et il y aura peut-être les indépendants demain. Pour ces professions qui ont une certaine unité – à la fois géographique, liée au métier, au mode de vie – et qui sont habituées à une certaine forme d'organisation qui avait été voulue en 1945 pour le régime général mais qui n'a pas pu être mise en œuvre, la question ne se pose pas de la même façon que pour le régime général, où l'autonomisation des branches est allée croissant, depuis les ordonnances de 1967 et plus encore depuis l'instauration des lois de financement de la sécurité sociale. Les branches font des métiers très différents, même si la MSA parvient à les concilier. De plus, les assurés sociaux n'ont pas besoin d'informations sur toutes les

branches à la fois, du guichet unique dont tout le monde rêve, et qu'on n'a jamais su faire. L'accès à l'information devient d'ailleurs plus facile, notamment grâce à l'Internet, que tout le monde n'a pas, mais qui se répand. Enfin, la mutualisation des tâches se heurte à la difficulté de ménager des passerelles, du fait de l'étanchéité des budgets. Ce serait déjà bien d'arriver à faire la mutualisation entre les caisses primaires d'une même branche ou d'une même région, mais nous en sommes encore loin, tant l'autonomie a été conçue de façon défensive : chaque directeur de caisse primaire s'estime maître chez lui. La loi du 13 août 2004 va, de ce point de vue, dans le bon sens, car elle introduit un peu de cohérence au niveau national.

M. Christian Babusiaux : Sur la restructuration des services à l'utilisateur, il y a un équilibre à respecter : quand nous parlons de regroupement des caisses, cela ne veut pas dire suppression des implantations locales. Avoir 129 conseils d'administration et 129 politiques locales du contrôle médical n'est pas satisfaisant du point de vue du pilotage. Ce qu'il faut, c'est un regroupement de caisses tel que l'a fait la MSA, mais sans supprimer d'implantations.

La mutualisation est importante, d'abord parce que c'est une étape vers la réorganisation. A l'heure actuelle, elle n'est pas très avancée. Or, on peut, sans nuire à la qualité du service, mutualiser, par exemple, les plateformes d'appel téléphonique. En faut-il 129 ? Sûrement pas. D'abord parce que cela coûte cher, ensuite parce que cela ne permet pas une amplitude horaire suffisante. Et le raisonnement vaut aussi pour les services du contentieux – il est irrationnel qu'il y en ait 129 ! –, les ateliers d'imprimerie, ou les services d'audit interne.

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous remercie de ces réponses. On le voit, la mutualisation est un élément fort. Comme le rappelait le premier président, l'un des nœuds gordiens est la gestion prévisionnelle des effectifs, qui peut fournir une excellente occasion d'économiser les deniers de nos concitoyens. C'est pourquoi, en tant que coprésident de la MECSS et que président du conseil national de surveillance de la CNAMTS, je vous pose la question : avez-vous des éléments chiffrés sur la gestion prévisionnelle des emplois, sur la capacité à optimiser l'utilisation de la technologie informatique par la télétransmission, qui concerne actuellement les deux tiers des feuilles de soins ? Ou encore sur les services de contrôle médical, qui emploient quelque 10 000 personnes, dont 2 400 praticiens-contrôleurs, une moitié étant, semble-t-il, occupée à des tâches éloignées de leur cœur de métier ?

Mme Rolande Ruellan : Nous avons fait, en 1999, un rapport où nous déplorions la faible anticipation de la gestion des effectifs, et le rapport de 2004 de la Cour sur la sécurité sociale n'a pas constaté de progrès considérables... Or, nous sommes à la veille d'un choc démographique. L'UCANSS a fait des études, notamment sur les agents de direction, mais nous avons le sentiment qu'on ne tient pas vraiment compte de la perspective démographique. Que deviendront les organismes après ces départs massifs à la retraite ? Il faut profiter de cette inversion de tendance pour réorganiser, mais le problème est que nous n'avons aucune visibilité. Il y a une sorte de politique de l'autruche...

Certaines branches, qui ont des gains de productivité considérables devant elles, ont eu des difficultés à les réaliser jusqu'à présent, car il y avait peu de départs à la retraite et elles ont dû garder leur personnel. A l'assurance maladie, il sera possible de ne remplacer qu'une partie des départs, mais l'assurance vieillesse subira un effet de ciseaux : beaucoup de départs à la retraite parmi le personnel, et beaucoup plus de retraites à liquider dans le pays. La COG a mis en place un plan de formation ; c'était indispensable, car il faut deux ans pour former un liquidateur de pensions.

M. Michel Braunstein : J'ajoute que le renouvellement démographique conduira à recruter des personnels beaucoup plus qualifiés, à remplacer des gens du niveau CAP ou brevet par des gens du niveau bac ou bac + 2. C'est un élément qui pèsera lourd dans la réorganisation des services.

S'agissant du contrôle médical, la répartition régionale des 2 500 médecins n'est pas logique, le taux d'encadrement varie du simple au double, et les départs à la retraite qui ont eu lieu n'ont pas été mis à profit pour réfléchir aux nouvelles tâches : on s'est contenté de remplacer les départs nombre pour nombre.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler : Comment expliquez-vous qu'on ne s'interroge pas davantage sur les prochains départs massifs en retraite et la gestion prévisionnelle des emplois ? En Franche-Comté, peu d'organisations, dans le public comme dans le privé, s'y intéressent.

M. Christian Babusiaux : Ce qui nous a frappés, c'est que dans l'assurance maladie, qui emploie 106 000 salariés au total, soit les deux tiers de l'ensemble, il n'y a aucune direction des ressources humaines, et donc pas de gestion prévisionnelle possible. Depuis un an, il y a tout de même un progrès : il existe une DRH du réseau, et une DRH de l'établissement public au sens large, c'est-à-dire incluant le contrôle médical. Quand l'instrument administratif n'existe pas, il ne faut pas s'étonner que la gestion des ressources n'existe pas ! Le nombre important de personnels administratifs par rapport aux médecins au sein du contrôle médical est une survivance du passé, lorsqu'il fallait passer beaucoup plus de temps à manipuler du papier. Il y a un vrai recentrage, un vrai rééquilibrage à opérer.

M. Philippe Séguin : Les problèmes évoqués par Mme Guinchard-Kunstler et par nous-mêmes dépassent très largement le cadre de la sécurité sociale. Nombreux, très nombreux sont les secteurs pour lesquels le choc démographique sera à la fois un défi et une chance. Le problème est de savoir si l'on se met en situation de répondre le plus efficacement et le plus intelligemment possible.

M. Pierre Morange, coprésident : La question de Mme Guinchard-Kunstler est on ne peut plus pertinente, et nous renvoie à notre fonction d'interpellation. La réforme de 2004 vise à pallier l'absence de pilote dans l'avion, et la création d'une direction des ressources humaines peut être une façon d'introduire de la responsabilité là où il n'y avait qu'un payeur aveugle.

M. Jean-Luc Prél : J'ai une question assez générale : quelles sont les responsabilités des uns et des autres ? Qui négocie la COG ? Le directeur de la caisse nationale ? Le conseil d'administration ? Le conseil de surveillance ? Et ensuite, lorsqu'il y aura des problèmes de gestion, à qui le directeur général de l'assurance maladie, nommé pour cinq ans et inamovible, rendra-t-il compte ?

Autre question : si j'ai bien compris, l'intéressement est global, général, que les caisses fonctionnent bien ou mal. Peut-on évoluer vers une modulation par service, voire selon les individus ?

M. Pierre Morange, coprésident : Vous pourrez reposer cette pertinente question au directeur de la sécurité sociale tout à l'heure...

M. Philippe Séguin : Cela fait trente ans qu'on la pose...

M. Christian Babusiaux : Il y a une part locale d'intéressement, mais elle est très minoritaire. Rien, dans les textes, n'interdit de moduler davantage, y compris entre les services.

M. Jean-Luc Prél : Pourquoi n'est-ce pas le cas ?

M. Christian Babusiaux : C'est une question de négociation entre les partenaires sociaux. Actuellement, la modulation est très marginale.

Mme Rolande Ruellan : La COG est signée par l'État et par le président ou le directeur de la caisse nationale. Parce que la COG n'est pas un simple instrument de gestion administrative, la loi de 2004 maintient la signature du président du conseil – qui n'est plus d'administration – de la CNAMTS. Quant au conseil de surveillance, il a, comme son nom l'indique, une mission de surveillance de l'application et de la mise en œuvre de la COG, et se réunit deux fois par an ; nous n'avons pas eu l'impression que cela apportait quelque chose de fondamental. Les rapports étant présentés par le directeur de la caisse nationale, le débat manque peut-être un peu de contradiction...

M. Pierre Morange, coprésident : Merci, au nom de tous les membres de notre mission, pour ces éclaircissements.

*

Audition de M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale au ministère des solidarités, de la santé et de la famille

M. Pierre Morange, coprésident : Monsieur Libault, je vous souhaite la bienvenue.

M. Dominique Libault : Je vous remercie de m'avoir invité et me réjouis que la MECSS s'intéresse à l'important sujet de la gestion de la sécurité sociale, dont le coût est de 10 milliards d'euros et les effectifs de quelque 200 000 personnes.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Je vous remercie d'avoir répondu à notre invitation. Le sujet est d'une actualité brûlante, puisque L'Expansion publie un classement des caisses, ville par ville qui semble résulter d'un audit interne à la CNAMTS elle-même – dont on peut d'ailleurs se demander comment il s'est retrouvé dans la presse...

J'ai une première série de questions sur les conventions d'objectifs et de gestion. Quelle appréciation portez-vous sur les COG actuelles ? Sur les indicateurs ? Sur ceux qu'il faudrait introduire ? Sur les objectifs ? Savez-vous également quand la nouvelle COG sera signée et quel est le degré d'avancement de la négociation ?

Quel est votre sentiment, par ailleurs, sur le regroupement des caisses locales ? Sur la mutualisation et la coopération au niveau départemental ou infra-départemental ? Sur l'organisation du réseau de proximité dans chaque branche ?

M. Jean-Luc Prél : Peut-être le directeur de la sécurité sociale pourrait-il également nous expliquer quel est son rôle aujourd'hui ?

M. Dominique Libault : Sur le bilan des COG, mon discours sera assez différent de celui de la Cour des comptes. Mon appréciation est tout à fait favorable, et se résume en trois formules : un pilotage modernisé, un personnel capable d'adaptation, un bon équilibre entre qualité et productivité.

Un pilotage modernisé : la COG est un contrat, un accord entre l'État et les caisses, représentées par le directeur et le conseil, sur les objectifs et sur les moyens. L'État ne décide pas tout seul : je négocie pour son compte, avec le concours de la direction du Budget, mais il faut aussi obtenir l'accord du conseil d'administration, sauf dans le cas de l'assurance maladie, où le conseil approuve les orientations mais n'a plus à signer la convention elle-même. J'ajoute que le MEDEF est revenu dans les branches maladie, accidents du travail et recouvrement, mais reste absent des branches vieillesse et famille, dont les conseils sont composés de partenaires sociaux certes responsables, mais à la représentativité lacunaire de ce fait...

L'État, donc, ne fait pas ce qu'il veut, mais une fois signée la convention, il y a appropriation de celle-ci par l'ensemble des acteurs. Il y a une volonté de laisser une vraie autonomie aux gestionnaires pour atteindre leurs objectifs. Le rôle de la direction de la sécurité sociale n'est pas d'intervenir dans la gestion quotidienne, ni dans l'organisation interne, ni dans les choix de gestion. Et je crois que ce pilotage modernisé a donné des résultats positifs.

Un personnel capable d'adaptation : le service public de la sécurité sociale a dû récemment faire face à de nombreuses évolutions, et il l'a fait avec succès. Évolutions technologiques comme la télétransmission des feuilles de soins ou les plateformes téléphoniques, évolutions législatives comme la réforme des retraites, celle de l'assurance maladie, la CMU, l'APA, la PAJE... Les gestionnaires nous reprochent d'ailleurs volontiers de modifier trop souvent la législation, mais si la charge de travail s'accroît, ce n'est pas seulement parce que la législation évolue, c'est aussi parce que la population elle-même évolue – elle vieillit, la précarité se développe beaucoup – et les caisses doivent faire face à cette évolution. Il y a aussi le souci d'une meilleure qualité de service, d'une disponibilité croissante, qu'elle soit physique ou téléphonique, et ce dans toutes les caisses.

Un bon équilibre, enfin, entre qualité et productivité. Je parlais à l'instant de la disponibilité, mais il y a aussi la proximité. On parle peu du fonctionnement du service public de la sécurité sociale, et c'est plutôt bon signe. On a fait un gros effort de proximité pour les retraites, en se donnant pour objectif de liquider les pensions le plus près possible des futurs retraités. Il y a une volonté de faciliter l'exercice des droits et des devoirs par nos concitoyens, de leur faire connaître leurs droits, mais aussi de leur expliquer leurs devoirs, notamment dans la branche recouvrement. Le chèque service facilite la tâche des particuliers employeurs, mais il faut aussi développer la fonction de contrôle, car il ne faut pas perdre de vue que les sommes en jeu sont considérables, et que la tentation de la fraude existe toujours.

S'agissant de la productivité, les COG se sont montrées raisonnables quant aux possibilités des organismes. Je rejoindrais la Cour des comptes pour dire que, tout en maintenant une qualité de service élevée, nous avons des marges de productivité. La télétransmission a diminué la charge de travail, mais il va y avoir prochainement des départs à la retraite très nombreux, qui offrent l'occasion d'harmoniser les coûts entre les caisses, car il y a des différences considérables.

M. Jean-Luc Prél : Il y a certaines choses que je n'ai pas bien comprises. Quel est le rôle de l'État et quels sont ses moyens ? Un principe semblait acquis depuis longtemps : celui de l'autonomie des caisses. La réforme de 2004 a institué un directeur général de l'assurance maladie, nommé pour cinq ans et inamovible. Il n'y a plus de conseil d'administration, mais seulement un conseil tout court, qui n'a plus aucun pouvoir. Qui préparera la COG ? A qui le directeur général rendra-t-il compte ? J'observe que la personne qui a été nommée est l'ancien directeur du cabinet du ministre, et qu'il a pris pour directeur

de cabinet l'ancien directeur adjoint du cabinet... Comment, dans ces conditions, le directeur de la sécurité sociale pourra-t-il contrôler le directeur général de l'assurance maladie ?

Autre question importante : celle des moyens humains du ministère de la santé. Je suis de ceux qui considèrent que ces moyens sont assez limités. Va-t-on renforcer ceux affectés au contrôle ? Et si l'évolution ne va pas dans le sens souhaité, comment fera-t-on ? Quels sont les rôles respectifs de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et de la direction générale de la santé ? Y a-t-il quelqu'un qui coordonne la CNAMTS, la Haute autorité de santé et le comité d'alerte ? Comment le ministère coordonne-t-il et contrôle-t-il tout cela ?

M. Pierre Morange, coprésident : C'est une interpellation très intéressante, mais qui dépasse largement le cadre de notre sujet, et le champ de compétences du directeur de la sécurité sociale. Sans doute serait-il plus pertinent de reposer ces questions au ministre quand nous l'entendrons ?

M. Dominique Libault : S'agissant des caisses elles-mêmes, l'organisation du ministère est simple : la direction de la sécurité sociale est seule compétente en termes de tutelle, même si la direction générale de l'action sociale intervient sur les politiques d'action sociale dans le champ de l'assurance vieillesse et des allocations familiales. Nous avons donc la chance que, d'une part, le champ soit assez clairement délimité, et que, d'autre part, il existe une pluralité de réseaux et de caisses, qu'il est relativement facile de comparer entre eux et de faire travailler ensemble, car le risque induit par l'organisation de la sécurité sociale est le cloisonnement. Or, l'un des grands enjeux du service public de la sécurité sociale est la possibilité de mieux travailler ensemble.

S'agissant des conventions, nous négocions au nom de l'État, nous arrêtons un calendrier et des thèmes de négociation, puis je m'assure que le pouvoir politique approuve la façon dont nous négocions, tandis que le conseil d'administration – ou, pour l'assurance maladie, le conseil – rend compte de son côté. La réforme récente de l'assurance maladie distingue davantage la fonction de gestion et celle de surveillance. Le directeur général rend compte au conseil. L'État n'a pas à gérer en direct, mais à négocier des objectifs et à évaluer s'ils sont atteints.

Quant aux moyens, je dirais qu'ils ne sont pas nuls, mais qu'ils ne sont pas non plus suffisants. La direction de la sécurité sociale emploie 250 personnes, et comporte un bureau où trois ou quatre personnes s'occupent de la négociation des COG : ce n'est pas considérable, mais c'est mieux que rien. Nous bénéficions aussi de l'appui de l'IGAS, qui fait des enquêtes au terme de chaque COG, ainsi que des services déconcentrés : les personnels chargés de la protection sociale au sein des DRASS ont été en partie reconvertis dans l'évaluation des COG, et je vous ferai parvenir des documents sur cette évaluation. Les moyens, donc, ne sont pas considérables, mais je milite pour que l'État joue un rôle accru dans le pilotage des finances sociales.

Le comité d'alerte vit sa vie : la loi dispose qu'il est informé par l'administration, et la direction de la sécurité sociale lui fournit donc, à sa demande, toutes informations sur l'évolution des choses. Il s'agit d'ailleurs, généralement, de données publiques, comme les chiffres mensuels de la CNAMTS.

La Haute autorité de santé, enfin, est également indépendante, ainsi que l'a voulu le Parlement. Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de rapports avec l'État, au contraire : elle en a avec plusieurs directions du ministère, comme la direction générale de la santé ou la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Je voudrais qu'on recentre la discussion, car on s'écarte un peu du sujet, qui est la COG. La Cour des comptes dit que la prochaine COG sera celle de la maturité, et a fait à cet effet 19 recommandations. Vous allez être signataire de cette COG. Quelles améliorations comptez-vous lui apporter ? Le premier président de la Cour a particulièrement insisté sur deux points : les gains de productivité de la gestion et la réorganisation territoriale. Le planning financier qui accompagnait la réforme d'août 2004 prévoyait que les économies sur les coûts de gestion contribueraient au retour à l'équilibre de la CNAMTS à hauteur de 200 millions d'euros, et le gain attendu de la réorganisation territoriale est évalué à 100 millions d'euros. Qu'en est-il ?

Mme Paulette Guinchard-Kunstler : Je voudrais savoir, moi aussi, quels sont, parmi les recommandations de la Cour des comptes, les points que vous reprendrez dans la COG ? Peut-on, par ailleurs, avoir accès aux bilans régionaux des COG faits par les DRASS ? Ce serait très intéressant pour nourrir nos réflexions sur la territorialité.

M. Dominique Libault : Il y a, sur ce dernier point, des documents publics, mais qui sont une synthèse nationale des travaux des DRASS, et non pas des synthèses régionales.

Sur les progrès à apporter aux COG, nous sommes tout à fait en phase avec la Cour des comptes. Je me distinguerai toutefois un peu de la Cour en disant que les gains de productivité passent en grande partie par les enveloppes budgétaires, et non pas seulement par le contenu des conventions. Il faut examiner le budget au regard de l'augmentation de la charge de travail. Il y aura beaucoup plus de charges dans la branche vieillesse, à cause du « papy-boom » bien sûr, mais aussi de la nouvelle loi qui prévoit des pré-liquidations dès 54 ou 55 ans. La CRAM Nord-Picardie a évalué cette charge supplémentaire à 50 %. Les conventions, j'y insiste, sont des documents contractuels, qui ne sont pas signées à ce stade, ni avec l'assurance vieillesse ni avec l'assurance maladie. Vous comprendrez donc que je ne préjuge pas de la position des caisses... Sachez en tout cas que l'État a le souci d'une plus grande productivité.

S'agissant de la qualité, les caisses ont beaucoup progressé sur l'accueil, qu'il soit physique ou téléphonique, mais il faut travailler davantage sur l'écrit, sur la façon d'expliquer les choses au public. Un autre objectif est de mieux faire travailler les caisses ensemble, car cela permet de gagner à la fois en productivité et en qualité. C'est ce que font, par exemple, le GIP « Info-Retraite », grâce auquel les futurs retraités peuvent accéder à toutes les informations sans devoir interroger trois ou quatre caisses, ou encore le nouveau GIP « Modernisation des déclarations sociales ».

M. Pierre Morange, coprésident : Je ne puis que me réjouir de cette orientation, mais, si je comprends naturellement que vous ne puissiez préjuger du résultat des négociations, la MECSS a tout de même besoin de disposer d'éléments plus précis. Y aura-t-il, dans la nouvelle COG, des éléments contraignants ? Y aura-t-il une gestion prévisionnelle des effectifs, compte tenu du grand nombre de départs à la retraite prévus ? Y aura-t-il des directions des ressources humaines plus structurées ? A-t-on une estimation fiable des chiffres, qu'il s'agisse des effectifs, de la rationalisation des procédures, du recouvrement ? Peut-on estimer, même grossièrement, le pourcentage d'économies susceptible d'être atteint ?

M. Dominique Libault : La négociation de la COG ne porte pas directement sur l'évolution des effectifs, mais sur celle de la masse salariale, ce qui signifie que l'arbitrage entre effectifs et rémunérations est laissé à l'autonomie des caisses, sachant que la rémunération n'est pas déterminée, comme dans la fonction publique, par la valeur du point, mais par la convention collective de l'UCANSS. Je ne peux donc pas être beaucoup plus

précis à ce stade. Quoi qu'il en soit, pour la période 2004-2008, il n'y a aucune raison objective pour que les effectifs augmentent, malgré l'augmentation de la charge de travail. Reste à déterminer le quantum. Je comprends que vous souhaitiez des précisions, mais je ne peux vous en dire plus à ce stade.

Les achats sont un autre axe d'économies possible. Un audit a été confié, outre les DRASS, aux services de la comptabilité publique, qui travaillent depuis longtemps au sein des Comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC) avec les services du ministère de la protection sociale, car il est devenu moins important de travailler sur la régularité des comptes que sur l'efficacité des dépenses.

M. Pierre Morange, coprésident : Vous comprendrez que nous ne soyons pas satisfaits, malgré toute la courtoisie qui vous est due, de cette réponse très générale, dépourvue d'éléments chiffrés comme de toute précision sur les critères qui structureront les conventions ou sur les objectifs de rationalisation des moyens. On parle d'une contribution de 200 millions de la CNAMTS à la réduction du déficit de l'assurance maladie. Qu'en est-il ?

M. Dominique Libault : Je comprends votre question, mais la négociation avec les caisses n'est pas terminée.

M. Pierre Morange, coprésident : Le problème n'est pas là. Je ne vous demande pas de nous faire le point de la négociation, mais de nous indiquer le pourcentage d'économies susceptibles d'être réalisées, sachant qu'un compromis sera probablement nécessaire, au cours de la négociation, entre le souhaitable et le possible. Quand vous négociez, vous avez sûrement certains fondamentaux en tête ; il est essentiel que la représentation nationale soit éclairée.

M. Dominique Libault : L'objectif de l'État est d'obtenir des gains de productivité de 2 à 3 % par an au minimum dans l'ensemble des caisses. Il faut savoir, cela dit, que la charge de travail n'évoluera pas de la même façon dans toutes les branches : elle s'accroîtra beaucoup dans la branche vieillesse, aussi n'y aura-t-il peut-être qu'une légère diminution des effectifs, tandis que la branche famille pourra les réduire davantage compte tenu de la moindre progression de sa charge de travail.

M. Pierre Morange, coprésident : Ces 2 à 3 % sont un premier point, mais qui devra avoir une traduction très concrète sur les marges de manœuvre budgétaire supplémentaires, marges qui pourront être consacrées soit à améliorer la qualité du service rendu, soit à réaliser des économies nettes. Cela dit, ce chiffre global nous laisse un peu sur notre faim. Nous avons besoin d'éléments concrets sur les économies de frais de gestion. Nous ne demandons évidemment pas à connaître par avance le résultat de la négociation, mais, la Cour des comptes ayant signalé certains dysfonctionnements et la nécessité d'y remédier, nous avons besoin d'une estimation, même grossière, du gisement d'économies possibles.

M. Dominique Libault : Je suis désolé de ne pouvoir vous satisfaire. Prenons l'exemple de la redistribution des gains de productivité. Le 1^{er} janvier 2005, la gestion des prestations familiales des fonctionnaires a été transférée aux caisses d'allocations familiales, sans moyens budgétaires supplémentaires : c'est un gain de productivité, mais qui a bénéficié à l'administration elle-même. La branche famille n'a pas fait d'économies de gestion, mais a pris en charge des dépenses nouvelles.

Quant aux 200 millions d'euros que vous évoquez, ce chiffre sera tenu.

M. Pierre Morange, coprésident : Comment ?

M. Dominique Libault : Grâce à l'évolution du budget de la branche maladie, qui sera plus faible de 200 millions. Il appartiendra aux gestionnaires de l'assurance maladie de faire les économies adéquates, soit sur le personnel, soit sur le fonctionnement.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Le temps passe, et je reste moi aussi sur ma faim. Aussi je propose que nous vous adressions un questionnaire écrit, auquel vous auriez l'amabilité de nous répondre dans les jours qui viennent, et que nous annexions votre réponse au rapport. Il y a une COG qui va être négociée dans la branche maladie, sans doute avec des objectifs de qualité, mais aussi avec des objectifs de gains de productivité et d'économies de gestion. Je souhaite donc que vous disiez quels indicateurs-clés vous souhaitez y introduire. Pouvons-nous procéder ainsi ?

M. Dominique Libault : Tout à fait.

M. Pierre Morange, coprésident : Cela permettra à l'ensemble des parlementaires d'être informés, car j'insiste sur le fait que nous ne pouvons nous satisfaire de ce que vous nous avez dit ce matin. Nous avons besoin d'éléments chiffrés précis, et le rôle d'investigation de la MECSS n'est pas contradictoire avec le fait que vous soyez en train de négocier.

Un dernier point : nous vous remercions de vous être rendu à notre invitation et d'avoir répondu, dans les limites que je viens toutefois de rappeler, à nos questions, mais je vous prie de faire savoir fermement à votre collaborateur M. François Godineau, adjoint au sous-directeur de la gestion et des systèmes informatiques de la sécurité sociale, qui devait vous accompagner ce matin, que s'il avait quelque indisposition justifiant son absence, il eût été pour le moins courtois qu'il la fasse connaître à la représentation nationale.

*

Audition de M. Bertrand Fragonard, président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

M. Pierre Morange, coprésident : Nous avons le plaisir d'accueillir ce matin le président Fragonard, que je n'ai pas besoin de présenter aux membres de la MECSS. Vous connaissez, monsieur le Président, l'objet de la MECSS. Le premier thème qu'elle a choisi est la rationalisation des frais de gestion de la sécurité sociale. Vous avez été directeur de la CNAF, ainsi que de la CNAMTS. Nous espérons donc bénéficier, en vous entendant, de vos compétences et de votre expérience.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Mes questions seront très simples. Le rapport de janvier 2004 du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, publié sous votre présidence, n'abordait pas la question des coûts de gestion. Pourquoi ? Quelles orientations faut-il selon vous privilégier ? Quel est votre avis sur ces coûts ? Autre question : avez-vous participé à la négociation d'une COG, et si oui, pouvez-vous nous en décrire le processus concret ? Enfin, la carte des organismes locaux est figée depuis 1945. Faut-il enfin prendre le risque de faire bouger les choses, comme le conseille la Cour des comptes ?

M. Bertrand Fragonard : Je suis un peu embarrassé, car en tant que président du Haut conseil je n'ai pas grand-chose à dire sur cette question, dont je n'ai pas eu à traiter. J'ai certes des casquettes antérieures, mais elles vieillissent vite... J'ai dirigé la CNAF entre

1980 et 1987, et brièvement la CNAMTS entre 1997 et 1998. Mes souvenirs ne sont donc pas forcément en phase avec la réalité d'aujourd'hui.

Si le Haut conseil n'a pas traité des frais de gestion, c'est parce que le calendrier dans lequel nous travaillions ne le permettait pas ; c'est aussi parce que sa composition n'était pas adéquate ; c'est enfin parce que son objet est surtout d'apprécier l'armature globale du système. Quant à la négociation de la COG, il va de soi que nous n'y sommes pas impliqués, et le Haut conseil se garde bien d'intervenir sur des sujets en cours de négociation et d'approfondissement, comme la convention médicale ou le cheminement actuel de la COG de l'assurance maladie. La force du Haut conseil, s'il en a une, c'est de choisir des thèmes de moyen terme, afin de dégager sinon un consensus, du moins des références communes.

S'agissant des coûts de gestion, mon intuition d'ancien directeur de la CNAMTS est que je ne les ai jamais considérés comme le problème majeur de la sécurité sociale. Je suis conscient qu'il y a sûrement des gains de productivité à faire, mais tout bien considéré, quand j'ai été directeur de la CNAF, cela ne m'a jamais meurtri. Il me semblait que la priorité était d'améliorer le service rendu, la relation avec les usagers. En plus, ce n'est pas une variable qui change radicalement la problématique financière.

Peut-on garder la même qualité de service pour un coût de 10 % inférieur ? C'est possible, mais je n'ai pas aujourd'hui les références qui me permettraient de l'affirmer. A charge de travail constante, les gains de productivité sont importants. Mais il faut bien voir que l'on gère des processus extrêmement complexes. Il faut choisir ses priorités : quand je dirigeais la CNAMTS, nous achoppons sur l'actualisation de la carte d'assuré social. Je trouvais ubuesque et ruineux d'entretenir tout un réseau de bornes. On m'expliquait qu'il fallait vérifier qu'à seize ans les enfants restaient à la charge de leurs parents, et vérifier aussi régulièrement à quelle caisse était rattaché chaque assuré, alors même que l'assurance maladie était généralisée à tous les Français et que tous les enfants devaient être couverts. J'ai donc demandé à la direction de la sécurité sociale si l'on ne pouvait pas passer à une périodicité de trois ans au lieu d'un an. Et c'est ce qui a été fait. On a estimé l'économie ainsi réalisée à 2 000 équivalents temps plein.

On ne peut pas avoir à la fois des prestations sophistiquées et une gestion rustique. Ces dernières années, on a introduit des paramètres de ressources pour la CMU, des plafonnements, un euro d'ordre public, etc. Ce sont des choses qui provoquent des surcoûts administratifs. Une chose est la discussion salariale, une autre est le processus de production des caisses, et ma conviction est que ces processus sont générateurs de coûts. La carte Vitale a permis un gain de productivité, mais qui a été trop lent parce qu'on a poursuivi trop longtemps la chimère de Vitale 2. Multiplier les dispositifs de ciblage a un coût. C'est pour cela que je ne porte pas d'appréciation négative sur la productivité. Dans la branche du recouvrement, par exemple, on atteint un taux de recouvrement remarquable – il est vrai qu'il y a une prérogative de puissance publique – si on fait la comparaison avec les autres pays. Dans la branche vieillesse, nous avons des gains de productivité énormes, mais si, d'un autre côté, on veut améliorer l'information des assurés, c'est un facteur de coût.

M. Jean-Luc Prél : Je suis assez d'accord pour dire que ce n'est pas le problème majeur, qu'en tout cas il n'est pas à la hauteur des milliards d'euros de déficit de la retraite ou de la santé, et que ce n'est pas là-dessus que sera jugée la réforme de l'assurance maladie. Mais il y a aussi le problème du contrôle médical. Est-il efficace ? Est-ce qu'il contrôle vraiment ? J'ai compris qu'on se propose de le renforcer, notamment pour l'accès aux spécialistes en secteur 1, le contrôle des affections de longue durée (ALD), la contrainte du

parcours de soins. Pensez-vous que le contrôle médical tel qu'il existe actuellement en soit capable ? Est-ce que cela fera faire des économies ?

Avant de conclure, une question à laquelle je pense que vous ne voudrez pas répondre : pensez-vous que le dossier médical personnel, utile pour la qualité des soins, fera faire une économie de 3,5 milliards d'euros, ou qu'il sera onéreux et long à mettre en place ? Enfin, le directeur général de la CNAMTS a-t-il une vraie autonomie vis-à-vis de l'État ? Par qui doit-il être contrôlé ? Mais je crains que vous ne me répondiez pas non plus là-dessus...

M. Bertrand Fragonard : En effet, je me garderai de vous répondre sur le dernier point... Quant au dossier médical personnel, l'opinion générale est que ce sera un facteur d'économies, qu'il évitera notamment les actes redondants. Nous verrons bien...

M. Jean-Luc Prétel : Vous avez déjà vécu la mise en place de la carte Vitale. C'était compliqué aussi...

M. Pierre Morange, coprésident : Je rappelle que la MECSS a trois thèmes d'étude pour 2005 : l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale ; le plan Biotox ; le financement des établissements d'hébergement des personnes âgées.

M. Jean-Luc Prétel : Est-ce que le contrôle médical et le dossier médical personnel ne font pas partie de la gestion de la sécurité sociale ? Si on ne peut plus poser de questions, ce n'est pas la peine de se réunir !

M. Pierre Morange, coprésident : Il est toujours possible d'élargir le sujet à des questions périphériques, mais M. Fragonard, en tant que président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, n'est pas dans une position où il puisse vous répondre de façon aisée.

M. Jean-Luc Prétel : Laissez-le donc me le dire lui-même.

M. Pierre Morange, coprésident : Quand nous entendrons le ministre, nous pourrions élargir le sujet, mais M. Fragonard lui-même a souhaité tempérer son propos sur les coûts de gestion. Nous n'avons pas choisi ce sujet pour fournir le remède universel au déficit de la sécurité sociale, mais pour contribuer à la rationalisation d'un poste budgétaire pointé par le rapport de la Cour des comptes. Votre propos, donc, est intéressant et pertinent, mais il s'adresse à l'autorité politique, c'est-à-dire au ministre de la santé.

M. Bertrand Fragonard : Le contrôle médical fait évidemment partie des coûts de gestion. Il emploie 10 000 personnes, dont un fort pourcentage de cadres. La vraie question est : les tâches qu'on lui assigne sont-elles pertinentes en termes de qualité des soins et d'économie sur le risque ? Pour moi, la priorité du contrôle médical, c'est l'accumulation des connaissances et l'analyse des pratiques, car le vrai déficit est là. Après vient la question : peut-on dégager une rentabilité nette par les contrôles ?

Prenons le cas de l'ordonnancier bizona pour les affections de longue durée. On est parvenu, assez récemment d'ailleurs, à une estimation approximative de ce que coûte le non-respect de la règle : c'est de l'ordre de 500 millions d'euros. Mais tout le problème est de savoir comment les récupérer. Par une gestion quasi automatisée, ou bien par un dialogue confraternel entre praticiens et médecins-conseils ? C'est la même chose pour les arrêts de travail : la vraie question est de savoir si le contrôle médical permet de faire de vraies économies. Le Haut conseil a la question des ALD à son programme, et doit l'évoquer dans trois semaines. Je crois personnellement qu'il s'agit d'un processus d'admission assez passif.

Il y a des gens qui préconisent une visite annuelle approfondie, mais avec 1 000 médecins contrôleurs pour quelque 8 millions de personnes concernées, c'est assez illusoire.

Pour les arrêts de maladie, les ministres font régulièrement des déclarations sur la nécessité de réorienter le contrôle médical vers le contrôle des arrêts de maladie discutables. Je ne suis pas sûr que ce soit ce qu'il faille faire. Si je reprends, par exemple, le cas du bizonne, nous ne savons pas si les déviations sont une pratique diffuse ou si elles sont le fait d'une minorité de médecins. Dans le premier cas, il est évident que les processus actifs de contrôle seront d'une rentabilité très faible au regard des 500 millions espérés, compte tenu du fait qu'il y a 8 millions d'ALD, car tout processus de contrôle non sélectif est ruineux. Pour moi, il n'y a pas lieu d'orienter le corps médical dans un processus de contrôle dont la rentabilité serait négative. Mais si l'on trouve une méthode de ciblage qui permette de freiner les abus, alors oui. En tout cas, il ne faut pas compter qu'on va faire 500 millions d'euros d'économies immédiates sur le bizonne sans dire quel processus suivre. La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs indépendants (CANAM) fait de la liquidation automatisée, mais au vu d'éléments objectifs, en définissant le type de médicament qui entre ou n'entre pas dans le champ d'une ALD. Mais serait-il acceptable que la CNAMTS se dote d'une gestion automatisée, où un logiciel de liquidation arrêterait la liste des biens et des services soumis ou non à exonération ? La solution ne passe-t-elle pas plutôt par des échanges de vues plus sophistiqués entre médecins et médecins-conseils ? Il faut se méfier de l'illusion du contrôle, et se demander si les méthodes utilisées aboutissent au résultat souhaité – sauf si on y tient absolument pour des raisons emblématiques, ce qui peut se comprendre aussi. En mars 1998, la dernière instruction que j'ai signée avant de démissionner expliquait que beaucoup d'instructions des médecins-conseils n'avaient pas une rentabilité suffisante et n'amélioreraient pas la qualité des soins. L'avenir du contrôle médical réside davantage dans un dialogue confraternel permettant d'améliorer les pratiques. Mais si des contrôles ciblés utiles sont possibles, faisons-les.

M. Pierre Morange, coprésident : Il semble que, sur 10 000 personnes travaillant dans le contrôle, 2 000 à 2 500 soient des médecins, dont un gros millier seulement seraient affectés à des tâches opérationnelles ! Cela pose tout de même un problème... Le premier président de la Cour des comptes nous a également dit que l'on constate une baisse de la productivité du traitement des feuilles de soins non télétransmises. Ces exemples, parmi d'autres, de gisements de productivité ne sont sûrement pas à la hauteur de l'ensemble des éléments macro budgétaires, mais il y a là une rationalisation qui serait très appréciable, notamment aux yeux de nos concitoyens, car ce qu'on applique aux autres est plus légitime quand on se l'applique à soi-même.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler : Je remercie beaucoup M. Fragonard d'avoir dit que poser la question des coûts de gestion n'a qu'un intérêt relatif si l'on ne pose pas la question du sens, du pourquoi. Le contrôle médical en est le meilleur exemple, et pour moi, la question de M. Prével n'est pas déconnectée de nos travaux d'aujourd'hui. Nous n'avons pas assez travaillé, par exemple, sur les antibiotiques. J'aurais aimé qu'on analyse en détail la politique qu'a menée à un certain moment la caisse de Bourgogne-Franche-Comté, en se plaçant du double point de vue du sens et de la gestion, en cherchant à comprendre pourquoi les généralistes ne disaient pas non à leurs patients et comment les y aider. Je peux aussi citer l'exemple d'un réseau de soins gérontologiques, qui regroupe quatre-vingts personnes âgées et parvient à économiser 230 euros de soins par mois. Cela vaut peut-être la peine d'investir dans ces réseaux.

M. Bertrand Fragonard : Ce n'est pas le même argent. Quand on parle de gestion des soins, il y a les gros bataillons de la liquidation dans les caisses, et c'est là que se font les

gains massifs de productivité, grâce à la dématérialisation. Là, il n'y a pas de problème de sens, il faut évidemment continuer, déceler les zones de sous-productivité, trouver comment les améliorer, ce qui passe évidemment par le dialogue social. Mais on doit aussi se demander s'il n'y a pas d'autres gisements d'économies, non plus sur la gestion administrative, mais sur le risque lui-même, qui est l'enjeu financier majeur de l'assurance maladie. Celle-ci a notamment des progrès à faire dans l'accumulation des connaissances qui lui permettraient de faire des économies sur le risque.

Je crois encore à ce que j'écrivais en 1998 sur le contrôle médical : la première priorité est d'investir sans barguigner pour avoir des soins de meilleure qualité ; la deuxième est d'investir – en argent, mais aussi en personnel – là où les gains attendus sur le risque sont les plus forts ; la troisième concerne la gestion courante des caisses, l'absentéisme, les flux d'embauche, la formation, etc.

On peut sûrement travailler avec des coûts de gestion administrative moindres, mais cela n'a pas de sens de les chiffrer a priori, et cela en a encore moins de croire qu'on puisse les réduire à l'infini. Par exemple, il n'est sans doute pas rationnel qu'il y ait deux payeurs – la sécurité sociale et les mutuelles ou assurances privées – dont les frais de gestion s'additionnent, mais c'est ainsi : c'est l'héritage de l'histoire. On nous dit qu'on peut faire 10 ou 15 % d'économies sur la gestion administrative. Pourquoi pas ? Ce serait déjà ça. Je ne dis pas qu'il faille y être indifférent : s'il y a des économies à faire, il faut les faire, mais il ne faut pas en surestimer le montant. Pour les prestations familiales, on pourrait évidemment réduire les frais de gestion de façon radicale, jusqu'à zéro virgule quelque chose pour cent, en fixant les allocations à tant par enfant, avec versement automatique ! Nous avons une législation qui est de plus en plus ciblée, de plus en plus complexe et donc coûteuse, mais qui est tout de même meilleure qu'un dispositif trop simpliste, qui permettrait certes de réduire le coût mais au détriment du sens.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : La Cour des comptes a tout de même émis quelques critiques et recommandations. Il y a la question de la gestion du risque, il y a aussi celle de l'organisation du réseau. Il n'y a peut-être pas tant que cela à grignoter, mais c'est l'un des thèmes d'étude de la MECSS. Vous avez une expérience de la réorganisation territoriale. A-t-on besoin d'autant de caisses ? Des regroupements sont-ils possibles ? Des comparaisons sont-elles possibles entre régions ? Entre le régime général et le régime agricole ? Entre la sécurité sociale et les mutuelles ? Enfin, le coût du dossier par bénéficiaire est très variable : de 40 à 90 euros selon les caisses. Quel est votre avis, en tant qu'ancien directeur de caisses nationales ?

M. Bertrand Fragonard : Ce que dit la Cour des comptes est forcément bon, je vote d'ailleurs régulièrement ses rapports sur la sécurité sociale en chambre du conseil... Il est indéniable que, quand la disparité des coûts est très forte, cela veut dire qu'il y a des améliorations à apporter à la gestion. On pourrait d'ailleurs commencer par examiner comment les choses se passent à l'hôpital...

Si l'on fait des analyses comparatives, par caisse primaire par exemple, on constate des différences significatives. La première question est : sait-on les expliquer ? Est-ce qu'il y a, par exemple, un effet de taille ? Est-ce qu'il y a une taille optimale, qui ne serait ni trop grande ni trop petite ? Je me souviens des difficultés terribles qui sont apparues lorsqu'on a voulu déconcentrer la caisse d'allocations familiales de la région parisienne... On s'aperçoit au bout d'un certain temps que beaucoup de processus nous échappent.

Des directeurs de caisses nous disent : chez moi ça marche bien parce que nous avons une bonne équipe depuis vingt ans... La réponse classique est : « on va faire

converger les coûts », en ramenant ceux des caisses les plus coûteuses vers ceux des moins coûteuses. L'ennui, c'est que les caisses primaires coûteuses, ces derniers temps, ont perdu peu de salariés par le jeu démographique ; il aurait fallu un plan de préretraites, non pas au niveau national, mais ciblées en fonction de la disparité des situations.

Ma conviction est qu'il y a des marges, de 10 à 15 %, ce qui n'est pas rien. Mais derrière, il y a des problèmes de statuts, de négociations salariales, dans le privé comme dans le public, qui rendent les évolutions difficiles. Faire bouger la carte des caisses se heurte à une difficulté réelle, parce qu'on touche à une substance vécue très importante, vécue par les salariés, mais aussi par les administrateurs, si bien qu'on finit par se demander si le jeu en vaut la chandelle, s'il faut vraiment consacrer tant d'énergie, par exemple, à obtenir qu'il y ait un même agent comptable pour deux caisses... Je crois qu'il faut surtout développer le contrôle interne de la qualité des liquidations et de la productivité, et se concentrer, lorsqu'il y a de fortes oppositions, sur quelques dossiers prioritaires. Quand j'étais directeur de la CNAMTS, je considérais que l'enjeu stratégique était de tirer des gains de productivité de SESAM-Vitale, et non pas de regrouper les caisses – mais je comprendrais très bien que mes successeurs aient une appréciation différente... Certes, nous avons, en poursuivant la chimère de Vitale 2, perdu du temps sur Vitale 1, mais celle-ci a tout de même amené des gains de productivité réels.

M. Pierre Morange, coprésident : Il est clair que les coûts de gestion ne sont pas le poste numéro un sur lequel faire des économies, et la MECSS se penchera certainement sur l'hôpital, mais pour cela il faut attendre qu'un premier bilan puisse être fait de la tarification à l'activité.

Vous avez vous-même pu constater, cela dit, que SESAM-Vitale avait apporté des gains de productivité réels ; il faut également les rechercher dans le traitement papier, non pas seulement pour faire des économies, mais aussi au titre du sens que vous invoquez à juste titre. Les marges de manœuvre sont réelles, même si elles se heurtent à certaines résistances.

C'est pourquoi je souhaite vous demander quelles sont, parmi les dix-neuf recommandations de la Cour des comptes, celles qui vous semblent les plus efficaces. Sur 140 milliards d'euros de chiffre d'affaires de l'assurance maladie, les frais de gestion s'élèvent à quelque 10 milliards ; 10 % de 10 milliards, ce n'est tout de même pas rien !

M. Bertrand Fragonard : Il faut voir aussi comment évoluent les charges. Celles-ci s'alourdissent, tant en termes de liquidations que de complexification des processus. Il faut donc être prudent sur l'évolution de la masse salariale. Il y a une course de vitesse entre les gains de productivité potentiels, la possibilité de les concrétiser, et l'alourdissement des charges. Pour moi, la vertu, c'est de fixer des priorités. De temps en temps, ne peut-on pas réaliser des économies en pesant sur la législation plutôt que sur l'outil de travail ? Gratter un milliard, oui, mais pas au détriment du sens ni de la qualité.

J'ai voté la recommandation sur la rationalisation du réseau des caisses, qui est objectivement souhaitable, mais il faut avoir conscience de la quantité d'énergie qu'absorberait une telle entreprise : le temps disponible des gestionnaires, des cadres, des administrateurs n'est pas illimité... Il faut choisir ses priorités.

Pour moi, le contrôle médical doit être moins un contrôle des personnes, et davantage une relation confraternelle. Mais si d'autres considèrent qu'il faut l'orienter en priorité vers le contrôle des arrêts de travail, je suis prêt à entendre leurs arguments... On

peut aussi se demander au passage pourquoi il y a des indemnités journalières dès le premier jour et pourquoi le ticket modérateur a été supprimé.

Il ne peut y avoir de dialogue sur la recherche d'économies de gestion que s'il y a une vision globale de ce que doit être la sécurité sociale. Les syndicats partagent avec les directeurs le souci de la qualité du service, même si chacun a évidemment son rôle propre, les syndicats ayant tendance à se méfier des discours sur la productivité. Il faut sans doute se donner des objectifs – au moins celui, par exemple, que le coût de la gestion administrative n'évolue pas plus vite que le PIB ou que le risque –, mais un discours centré sur les économies de gestion trouve vite ses limites, et on ne réussit à passer en force, compte tenu des questions de statuts, de la vie syndicale, du poids des administrateurs, que sur des dossiers à la fois argumentés et bénéficiant d'un soutien politique fort. Nous ne sommes pas dans une gestion purement technocratique : nous sommes dans le monde réel. Discutez de la rationalisation du réseau des caisses avec des administrateurs, et vous verrez que le sujet n'est pas si simple.

M. Pierre Morange, coprésident : Il me reste à vous remercier d'avoir contribué à notre réflexion.

AUDITIONS DU 17 MARS 2005

Audition de M. Jérôme Gallot, directeur chargé de la direction des retraites à la Caisse des dépôts et consignations, et de M. Philippe Caïla, directeur du régime de retraite additionnelle de la fonction publique

M. Pierre Morange, coprésident : La Caisse des dépôts et consignations gère d'importants régimes publics de retraite par répartition, pour les salariés de l'État, des collectivités locales et des établissements hospitaliers. Ces régimes, qui couvrent près de cinq millions d'actifs, près de deux millions et demi de pensionnés, soit un retraité sur sept, et soixante-dix mille employeurs publics, n'entrent pas dans le champ d'investigation de cette MECSS, mais il a paru intéressant, en raison de la nature de ses activités, d'entendre l'un des responsables.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Nous travaillons surtout, en effet, sur le régime général de sécurité sociale, mais nous sommes intéressés par les commentaires que vous pourriez faire sur votre propre travail, et sur l'articulation entre les régimes de retraite que vous gérez et les autres.

M. Jérôme Gallot : Les chiffres que vous avez donnés sont ceux de 2004. Depuis le 1^{er} janvier 2005, ils sont plus élevés, puisque nous avons pris la responsabilité du régime de retraite des mines et celle du nouveau régime de retraite additionnelle de la fonction publique, qui concerne quatre millions de personnes. La Caisse des dépôts gère désormais les dossiers non plus d'un retraité sur sept, mais d'un retraité sur cinq. Je suis d'ailleurs accompagné de M. Philippe Caïla, qui a la responsabilité du nouvel établissement public qui gère le nouveau régime de retraite additionnelle des fonctionnaires.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Le service que vous dirigez gère plusieurs régimes de retraite. Comment et pourquoi cette activité s'est-elle développée au sein de la Caisse des dépôts ? Quels atouts lui ont valu de se voir rattacher le régime des mines ? Enfin, quels sont les coûts de gestion des caisses de retraite dont vous avez la charge ?

M. Jérôme Gallot : La réponse à votre première question, que je m'étais moi-même posée dès mon arrivée, voici deux ans, est d'abord historique. La Caisse des dépôts a été créée par une loi de 1816, afin de mettre l'épargne de la population à l'abri des tentations du pouvoir exécutif, compte tenu de l'expérience encore toute fraîche des campagnes napoléoniennes, et l'une de ses toutes premières missions a été de gérer le premier régime de retraite des fonctionnaires de l'État. Puis, en 1849 ou 1850, cette mission lui a été retirée, pour être confiée à l'administration d'État elle-même. Certains, les syndicats en particulier, y ont vu la concrétisation du fait que la pension de retraite des fonctionnaires est un élément différé du traitement.

La Caisse des dépôts a retrouvé plus tard cette compétence, et gère aujourd'hui quelque quarante-sept ou quarante-huit régimes, de tailles très diverses. Le plus gros, institué en 1947, est la CNRA, Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et des hôpitaux. Le second est l'IRCANTEC, régime des agents non titulaires de l'État. Je dirai un mot tout à l'heure à propos des compétences respectives de ces deux régimes. Puis viennent le régime des ouvriers d'État, le fonds de pension des élus locaux (FONPEL), le régime des mines et le nouveau régime de retraite additionnelle de la fonction publique.

L'avantage qu'il y a à regrouper ces régimes sous la responsabilité d'un gestionnaire unique tient en un mot : mutualisation. Nous avons, pour gérer ces millions de

pensionnés et ces soixante-dix mille employeurs, un système d'information moderne et performant, qui, avec ses multiples ramifications et déclinaisons, a coûté quelque 140 millions d'euros. J'en profite pour préciser que chaque nouveau régime acquitte un droit d'entrée pour financer sa quote-part de ce système. La Caisse des dépôts a la responsabilité de la gestion administrative, et s'efforce d'obtenir la meilleure performance coût-efficacité. En revanche, elle ne définit pas les paramètres des régimes. Le directeur de chaque régime rapporte devant le conseil d'administration, il y a un dialogue et un échange d'informations. La mutualisation permet, grâce à l'élargissement de l'assiette, d'abaisser les coûts, coûts que nous facturons sans faire aucun bénéfice. Le modèle concurrentiel, avec appels d'offres, marges et TVA, n'est pas celui de la Caisse des dépôts, qui conclut de gré à gré avec les pouvoirs publics, et le mandat de gestion que ceux-ci lui confient doit être avalisé par la loi ou le règlement.

Le Fonds de réserve des retraites est également géré par la Caisse des dépôts, mais la problématique est très différente, puisqu'il ne s'agit pas de valider, de liquider ou de verser des pensions, mais de placer les fonds, en l'occurrence vingt milliards d'euros, avec appels d'offres cette fois, sous la responsabilité du directeur général.

Nous avons facturé aux régimes 183 millions d'euros en 2003, et 188 millions en 2004, soit une progression de 2,7 %. Quant aux prestations versées, elles se sont élevées respectivement à 13,5 et 14,2 milliards, ce qui signifie que le ratio coûts de gestion sur prestations est passé de 1,35 % à 1,33 %. C'est le seul indicateur de gestion dont nous disposons, car il y a un problème d'étalonnage avec les autres systèmes, comme la CNAVTS, dont le ratio est de 1,42 %, ou l'AGIRC, dont le ratio est de 2,37 %. Cela ne veut pas dire que nous soyons meilleurs. Nous n'en savons trop rien, car il est très difficile de comparer à structure constante. Au sein même des régimes gérés par la Caisse des dépôts, la CNRA, par exemple, dont la plupart des ressortissants sont des fonctionnaires et font des carrières longues, le coût de gestion est inférieur à 1 %, tandis qu'il atteint 4,8 % à l'IRCANTEC, qui verse beaucoup de petites pensions d'un faible montant. Le travail à effectuer n'est donc pas du tout le même.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Avez-vous des coûts de gestion financière ?

M. Jérôme Gallot : Assez peu, car nous plaçons, mis à part le Fonds de réserve des retraites, des montants relativement limités. L'IRCANTEC n'a pas de réserves financières, car elles ont été prélevées à un autre usage, elle n'a qu'une petite trésorerie placée à très court terme. L'IRCANTEC a trois milliards d'euros de réserves, mais qui vont fondre d'ici à dix ou quinze ans, et qui sont placées, avec un coût de gestion financière extrêmement faible, à 80 % en obligations et à 20 % en actions.

Quant au Fonds de réserve, il y a eu un appel d'offres international, onze milliards d'euros ont été investis, et vingt-cinq le seront à la fin de l'année, y compris les trois milliards correspondant à une partie de la soulte d'EDF. Le coût de gestion financière est plus élevé, mais il est intégré dans les performances de gestion, l'objectif en termes réels étant fixé à 4 %, soit 6 ou 7 % en nominal, compte tenu de l'inflation. Sur les premiers mois, la performance est satisfaisante, et la diversification imposée à nos placements – *private equity*, investissements socialement responsables – ne devrait pas sacrifier les intérêts des mandataires.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Comment s'effectuent le contrôle et la surveillance par le conseil d'administration ? Avez-vous, d'autre part, un réseau territorial ? Et quelle est votre politique des ressources humaines ?

M. Jérôme Gallot : Il y a une gouvernance par régime, avec un directeur qui rapporte devant le conseil d'administration, celui-ci étant composé paritairement et ayant la possibilité de diligenter des audits, soit internes à la Caisse des dépôts, soit indépendants. Nous sommes également contrôlés par la Cour des comptes, par l'Inspection générale des finances et par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Celle-ci, voici deux ou trois ans, s'est penchée sur la gestion de l'IRCANTEC à la suite de retards intervenus dans le versement des prestations, retards dus au fait que les deux mille agents ne maîtrisaient pas tous bien le nouveau système d'informations.

Il subsiste, cela dit, diverses petites anomalies. C'est ainsi que le conseil d'administration de la CNRACL comprend, pour des raisons historiques, des représentants de la Caisse des dépôts, ce qui est assez contestable, même si ce n'est pas gravissime. J'ai demandé au ministère de tutelle, voici deux ans et demi, qu'il soit mis fin à cette situation, les choses avancent assez lentement mais j'ai bon espoir que le décret sorte un de ces jours.

D'autres améliorations sont en cours au niveau de la discussion budgétaire. Un conseil d'administration ne se manie pas à la baguette, il y a désormais des débats d'orientation budgétaire quelques mois à l'avance.

M. Philippe Caïla : Je voudrais dire quelques mots du régime de retraite additionnelle de la fonction publique (RAFP). Il s'agit d'un régime par points, intégralement provisionné. C'est la première fois que, dans le secteur public, les pouvoirs sont dévolus à un conseil d'administration, qui fixe la valeur du point et les orientations annuelles en matière de placements, sachant qu'il convient de raisonner à un horizon de quarante ou quarante-cinq ans. Nous visons 1,2 milliard d'euros de cotisations par an, avec des versements très faibles au départ. La composition du conseil d'administration est tripartite. Les sept organisations syndicales représentatives de la fonction publique ont un siège chacun, l'État trois, l'Association des maires de France, l'Association des départements de France, l'Association des régions de France et la Fédération hospitalière de France un chacun, et il y a, en outre, des personnalités qualifiées. Le conseil d'administration, outre son pouvoir de décision stratégique, est également responsable de la bonne gestion administrative, et la Caisse des dépôts lui apporte son expertise actuarielle et financière.

M. Jérôme Gallot : Pour revenir à la question du réseau territorial, la Caisse des dépôts en a naturellement un, mais qui ne travaille pas du tout dans le domaine des retraites. Les personnels de la direction des retraites sont pour une partie à Angers, où six cent cinquante personnes s'occupent de l'IRCANTEC et du FONPEL, pour une autre partie à Bordeaux, où mille trois cents personnes gèrent la CNRACL, le RAFP et le régime des ouvriers d'État, pour une partie enfin à Paris : d'une part avenue de Ségur, où est géré le régime des mines, et d'autre part au siège même, où une vingtaine de personnes sont affectées à la direction des retraites. Il ne s'agit donc pas d'un réseau à proprement parler, mais plutôt d'unités de traitement des dossiers.

Les personnels ont dans leur grande majorité un statut de fonctionnaires, et la gestion des ressources humaines consiste surtout à développer la mobilité, notamment à l'intérieur de la Caisse des dépôts. Quant au Fonds de réserve des retraites, il emploie une trentaine de personnes, presque toutes à Paris.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Gérez-vous aussi l'action sociale ?

M. Jérôme Gallot : Oui. Celle-ci est décidée par les conseils d'administration, et nous appliquons leurs décisions. Le coût est relativement élevé, le traitement des dossiers étant plus fin et plus personnalisé que pour le versement des pensions. Le sujet est un peu

délicat, car il s'agit en fin de compte d'actions financées par l'argent des retraités. C'est ainsi que la CNRACL a une activité « croisières ». On peut trouver ça formidable, on peut aussi se demander s'il est normal que les pensions de tous financent les croisières de quelques-uns. Je ne trancherai pas. De toute façon, nous sommes un peu pieds et poings liés. Nous disons seulement aux conseils d'administration : attention, car il y a des coûts de gestion non négligeables.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Intervenez-vous dans la construction de maisons de retraite médicalisées ?

M. Jérôme Gallot : Oui.

M. Pierre Morange, coprésident : Avez-vous un inventaire de ces établissements ?

M. Jérôme Gallot : Un inventaire complet, non, mais nous avons le bilan complet de l'action sociale, régime par régime. Je peux vous le fournir. Le RAFP, en revanche, est conçu pour être un régime exclusivement contributif, sans avantages annexes divers et variés.

M. Pierre Morange, coprésident : Si la gestion de la retraite de base des fonctionnaires de l'État devait un jour vous revenir, de quels moyens auriez-vous besoin pour cela ? Y avez-vous réfléchi ?

M. Jérôme Gallot : La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites et le décret du 18 juin 2004 ont donné à la Caisse des dépôts la responsabilité d'un nouveau régime additionnel, assis sur les primes dans la limite de 20 % du traitement de base. Nous avons donc, en quelque sorte, un pied dans la porte, d'autant que nous avons dû, à cause de la RAFP, mais pas seulement, lancer des travaux dont le coût est important, je veux parler de la création de numéros d'immatriculation ainsi que de comptes individuels de droits, deux éléments qui actuellement n'existent pas dans la fonction publique du fait de la règle des six derniers mois, mais qui sont un préalable indispensable à la création d'un nouveau régime. Et l'État, de son côté, a lancé des travaux équivalents. Nous avons évidemment des contacts entre nous, des échanges, mais je ne peux certifier qu'il n'y aura pas double emploi.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Votre logiciel serait-il adaptable au régime de base des fonctionnaires de l'État ?

M. Jérôme Gallot : Nous serions obligés d'ajouter des éléments supplémentaires. La Cour des comptes a fait un rapport, confié à M. Raoul Briet, sur le problème des pensions dans la fonction publique. Ce rapport a été très largement mis en application dans sa deuxième partie, relative au paramétrage, mais pas dans sa première partie, qui concerne l'organisation au sein des ministères. Actuellement, les calculs de droits sont dispersés entre seize structures au moins, après quoi le service des pensions du ministère des finances, à Nantes, revérifie tout, en même temps qu'il fait le travail pour ses propres agents, et, dans une dernière étape, les pensions sont mises en paiement par les vingt-six ou vingt-sept centres régionaux de la comptabilité publique. Au total, selon la Cour des comptes, cela représente quatre mille à cinq mille personnes. Nous, nous faisons ce travail avec huit cents personnes qui s'occupent de la CNRACL à Bordeaux. C'est donc un processus très éclaté, qui fait intervenir tous les départements ministériels. S'il faut l'unifier, sous quelle autorité ?

En outre, la question est assez délicate d'un point de vue social, car les syndicats sont très attachés au fait que la pension est un élément différé du traitement. Il y a aussi le problème de l'opacité budgétaire. Les nouvelles dispositions de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) disposent toutefois qu'il y aura, à partir de 2006, un compte d'affectation spéciale consacré aux pensions de l'État. C'est un élément de transparence qui sera suivi, un jour ou l'autre, de la création d'une véritable caisse des retraites. Qui pourra la gérer ? Je ne vais pas vous dire que la Caisse des dépôts n'est pas potentiellement intéressée. Ce ne serait qu'un retour aux sources de 1816, qui mettrait fin à une petite anomalie juridique. Je ne crois pas qu'il soit vraiment de la responsabilité des administrations centrales de gérer des pensions. J'observe au passage que l'une de ces administrations, dites centrales, se trouve à Nantes. Actuellement, chacune de ces administrations a sa propre logique gestionnaire, avec des redondances qui sont forcément coûteuses pour les finances publiques.

M. Laurent Wauquiez : Puisque vous dites n'être pas dans un modèle concurrentiel, qu'est-ce qui vous incite à abaisser les coûts de gestion ? Vous avez fait état, par ailleurs, de difficultés d'étalonnage. Avez-vous néanmoins des idées sur les indicateurs qui seraient pertinents, ou sur les façons de mettre en commun les bonnes pratiques ? Enfin, le fait de gérer à la fois l'IRCANTEC et la CNRACL vous a-t-il permis de réaliser des économies d'échelle ? En d'autres termes, quel est le coût de la dispersion des caisses ?

M. Jérôme Gallot : Nous ne sommes pas dans un modèle concurrentiel, mais nous en avons la mentalité, car les conseils d'administration – et pas seulement, en leur sein, les représentants du ministère des finances – sont assez exigeants lorsqu'il s'agit d'investir dans des systèmes informatiques ou dans des recrutements. De son côté, la Caisse des dépôts elle-même s'attache, plus encore que par le passé, à rationaliser les dépenses. Pour obtenir la gestion de la RAFP, il lui a fallu démontrer que ses coûts étaient aussi compétitifs que possible. De même, si nous faisons un jour acte de candidature pour reprendre la gestion des pensions des fonctionnaires de l'État, il faudra que nous ayons les moyens de nos ambitions.

Sur l'étalonnage, nous pouvons mieux faire, en France comme en Europe. Il existe une Association des régimes de retraite publics en Europe, qui ronronnait aimablement. J'ai demandé qu'elle fasse du *benchmarking*. Les choses avancent, mais lentement, et je n'en attends pas monts et merveilles. En revanche, les conventions d'objectifs et de gestion (COG) sont un bon moyen de se doter d'indicateurs homogènes, et nous veillons, dans les négociations, à ce que ceux-ci permettent des comparaisons entre nos propres régimes, et à ce qu'il y ait un noyau d'indicateurs communs. Les COG ont pris du retard, mais font partie de nos priorités. Il y a évidemment des réticences syndicales au sein des conseils d'administrations, mais nous avons fait un important travail de persuasion.

La troisième question est la plus difficile : le coût de la dispersion des régimes. J'ai dit que, même au sein de la direction des retraites de la Caisse des dépôts, il est difficile, parfois, de comparer ; *a fortiori* au dehors. Cette mosaïque a sûrement un coût, mais elle est là, et il faut la gérer au mieux. Je suis attaché à la simplification administrative, mais rien n'est plus complexe que de simplifier, et la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, avec ses surcotes et ses décotes, a rendu les choses plus complexes encore. Un exemple parmi d'autres : la règle des quinze ans de service, qui crée des complexités de gestion effarantes, au point que plusieurs dizaines de fonctionnaires à plein temps ne s'occupent que de ça. Si on supprimait cette règle, l'IRCANTEC aurait certes un peu moins de clients encore, puisque actuellement les fonctionnaires qui partent avant d'avoir quinze ans de services lui sont reversés, et doivent d'ailleurs, avant de toucher quoi que ce soit, faire un chèque de rachat d'un montant souvent très élevé, ce qu'ils ont quelque difficulté à

comprendre et à admettre. C'est un exemple parmi d'autres du surcoût induit par la complexité de la mosaïque. Nous avons fait à notre ministère de tutelle une bonne demi-douzaine de propositions de simplifications, et je les ai remises également à M. Denis Jacquat, votre rapporteur sur l'application de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, qui m'a auditionné hier.

Mme Cécile Gallez : Je suis un peu étonnée que vous ayez repris le régime minier. Quel effectif cela représente-t-il ? Les effectifs sont-ils vraiment en diminution ?

M. Jérôme Gallot : Si le RAFP est une idée récente, la reprise du régime des mines était un serpent de mer, dont on parlait depuis cinq ans au moins. Pourquoi avons-nous repris ce régime ? Parce que nous avons considéré que c'était une mission de service public, et que nous pouvions le gérer dans des conditions de productivité bien meilleures. Nous avons pris des engagements très importants, représentant, jusqu'en 2010, un montant cumulé de plusieurs dizaines de millions d'euros. Le processus est un peu compliqué du fait que le régime ne se limite pas à la retraite. Nous avons repris les quatre cent cinquante employés, qui sont devenus des personnels de la Caisse des dépôts, et en avons remis cent trente à la disposition du régime maladie. Restent trois cents personnes, dont une partie, petite au début mais appelée à croître, va pouvoir étendre son domaine de compétences et ses perspectives de mobilité, ce qui est une bonne chose en soi. Il y avait au départ une forte opposition de la CGT, attachée à l'unité du régime minier, mais les personnels, notamment les plus jeunes, ont bien accueilli le changement. S'il ne reste plus que quelques milliers de cotisants, il y a 450 000 bénéficiaires, ce qui laisse de quoi s'occuper encore un certain temps. Certes, le *back-office* de l'avenue de Ségur est l'un des plus chers de France au mètre carré, mais nous allons faire des économies de gestion. Il y a des défis passionnants à relever, avec des implantations éclatées, par exemple en Lorraine et dans le Nord-Pas-de-Calais.

M. Jacques Domergue : Vous mettez en avant la mutualisation des coûts entre les quarante-sept régimes dont vous avez la charge. Avez-vous des propositions à faire qui aillent dans le sens d'une plus grande uniformisation ?

M. Jérôme Gallot : Nous avons beaucoup de travail avec le RAFP, la reprise du régime minier, et la modification des paramètres généraux du système, mais au 1^{er} janvier 2005 tout était en ordre de marche, car nous avons pu, grâce à un dialogue permanent avec les pouvoirs publics, suivre, presque au jour le jour, l'état des travaux, notamment parlementaires, et anticiper ainsi les modifications. Il reste, néanmoins, un certain nombre de sujets complexes, celui des pères et mères de trois enfants étant complexe entre tous. N'étant pas une direction de ministère, nous axons notre force de proposition sur la simplification. Ainsi, l'éventuelle suppression de la règle des quinze ans de service aurait des conséquences sur l'IRCANTEC et la CNRACL, mais concernerait aussi les services chargés de liquider les pensions de retraite du régime de base des fonctionnaires de l'État. Nous n'avons pas construit de modèle général idéal, nous n'avons pas le temps de le faire, et ce n'est pas notre mission. Nous proposons des aménagements, parfois très terre à terre, mais qui ont des conséquences non négligeables sur l'architecture d'ensemble du système.

M. Pierre Morange, coprésident : Réfléchissez-vous, toujours dans l'éventualité de l'extension de vos compétences au régime de base des fonctionnaires de l'État, à la possibilité d'incorporer les annuités accomplies dans le public et dans le privé, compte tenu de la mixité croissante des carrières et des parcours ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : J'ai pour ma part une question un peu provocante, à laquelle j'espère néanmoins que vous répondrez à titre personnel. Si l'on vous confiait la CNAVTS, pourriez-vous en abaisser les coûts de gestion ?

M. Jérôme Gallot : Je discute de temps en temps avec M. Patrick Hermange, directeur de la CNAVTS, et je crois que ses défis de gestion sont assez proches des nôtres, même s'il embauche plus que nous. Nous avons fait 10,6 % de gains de productivité sur 2003 et 2004, et notre ambition est d'en faire encore 15 % au cours des trois années à venir, soit 25 % en cinq ans. Je considère que ce serait plus que convenable. Je sais que la CNAVTS a également des objectifs ambitieux, mais la Caisse des dépôts est dans la sphère publique, et ne se pose pas la question de gérer des retraites privées.

L'important est de fluidifier les parcours professionnels, en veillant à ce qu'il n'y ait pas d'obstacle à la mobilité. Le droit à l'information est un chantier central de ce point de vue, or c'est un point sur lequel les décrets d'application ont pris du retard, parce que la responsabilité des caisses n'est pas encore complètement définie.

Je ne crois pas qu'on puisse souhaiter qu'il y ait, compte tenu des spécificités de notre pays, un système unique de retraites. Je crois que le régime public restera. L'objectif est que sa gestion soit aussi performante que possible. Si nous parvenons à faire 25 % de gains de productivité, nous serons crédibles pour faire des propositions.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Êtes-vous en situation, aujourd'hui, de donner à chaque bénéficiaire un état de ses droits ?

M. Jérôme Gallot : Pour l'IRCANTEC, nous le faisons sur demande. Pour la CNRACL, nous proposons sur l'Internet des simulations « non contractuelles », selon l'expression consacrée, mais celles-ci supposent que l'intéressé entre lui-même les données, et donc les connaisse. La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites va beaucoup plus loin, et fait obligation de transmettre toutes les informations aux assurés, trois et cinq ans avant l'âge de départ à la retraite. Le problème essentiel est celui de l'interconnexion des régimes. Assurer pleinement le droit à l'information, selon moi, c'est permettre à chacun d'intégrer ses perspectives de droit à pension dans ses choix d'orientation professionnelle, et ce, non pas seulement trois à cinq ans avant l'âge de départ à la retraite, mais à tout moment de sa carrière.

M. Pierre Morange, coprésident : Merci beaucoup.

*

Audition de M. Jean-Louis Rouquette, chef du service des pensions au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie

M. Pierre Morange, coprésident : Je cède immédiatement la parole à notre rapporteur pour les premières questions.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Quel est le rôle exact de votre service ? Son existence au sein du ministère de l'économie et des finances répond-elle à une nécessité technique ? Comment appréciez-vous sa productivité et son efficacité par rapport à des services ou organismes comparables ?

M. Jean-Louis Rouquette : Je vous remercie de votre invitation, et vous ai apporté un petit document qui retrace la genèse et l'activité du service des pensions. Il faut bien comprendre, en effet, comment est organisée la gestion des retraites de la fonction publique. Le service des pensions s'occupe des fonctionnaires civils et militaires de l'État, ainsi que des magistrats. Une demande de pension, présentée six mois environ avant le départ à la retraite, suit un cheminement assez long : le bureau du personnel de l'administration

d'emploi du fonctionnaire la transmet à la structure spécifique qui, au sein de chaque ministère, constitue et met en forme le dossier, comprenant les pièces justificatives des états de service, avant de le transmettre, à son tour, au service des pensions du ministère des finances, lequel vérifie les éléments, liquide la pension, la concède et la fait mettre en paiement par le centre régional dont dépend l'intéressé. Le service traite également les dossiers d'invalidité, les contentieux, les réponses aux questions, et tout ce qui concerne, d'une façon générale, l'information sur les droits à pension. Cette dernière activité est un peu nouvelle, car nous étions un objet administratif relativement discret jusqu'à ce que la réforme des retraites n'attire l'attention sur notre existence. Nous avons donc créé un site Internet, avec des outils de simulation.

Nous sommes, en résumé, la porte d'entrée du système de retraite de la fonction publique d'État, au contact de ses quelque quarante-deux employeurs, dont les plus gros sont, dans l'ordre, l'éducation nationale avec quelque 40 000 dossiers par an – soit la moitié du total –, La Poste et France Télécom avec 13 000 à 14 000 dossiers par an, la défense avec 10 000 à 13 000 dossiers, les plus petits étant le ministère de l'outre-mer avec cinq à dix dossiers par an et le Secrétariat général à la défense nationale avec un ou deux dossiers par an.

Je dispose de peu d'éléments comparatifs sur la productivité, car le système de pensions de l'État se compare difficilement avec les autres systèmes. Je peux, en revanche, comparer le système avec lui-même, au fil des ans. Le nombre de dossiers « premiers droits » traités s'est accru de 60 % entre 1990 et 2004, passant de 51 545 à 82 595, et de plus de 70 % – de 100 942 à 172 061 – si l'on tient compte des réversions, des droits des orphelins, des pensions d'invalidité et des révisions pour apparition d'éléments nouveaux ou réclamation s'avérant fondée. Dans le même temps, les effectifs bruts ont diminué de 18 %, et de 11 % si l'on compte en équivalents temps plein. La productivité a donc connu une progression qui n'est pas mauvaise, et qui est largement due à l'informatisation. Nous avons cependant des années difficiles devant nous, car nous allons avoir à liquider un nombre de pensions fortement accru dans un proche avenir : on l'estime à 96 500 en 2008, soit une augmentation de 17 %, ce qui suppose une nouvelle et comparable augmentation de la productivité.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Vous n'envisagez pas de renforcer vos effectifs ?

M. Jean-Louis Rouquette : Compte tenu du contexte actuel de la politique budgétaire, il serait peu probable que l'on m'accorde 17 % d'effectifs supplémentaires. Mon souhait est de pouvoir au moins traiter à effectifs constants cette quantité accrue de dossiers, sachant que cela ne me dispensera pas de demander des effectifs complémentaires justifiés par l'élargissement des responsabilités du service. La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a en effet créé un droit d'information des assurés sur leurs retraites, tant dans le public que dans le privé. Il est ainsi prévu d'envoyer à chacun d'eux, tous les cinq ans à partir de l'âge de trente ans, un relevé des services validés dans tous les régimes d'affiliation. Cela représente, pour la fonction publique d'État, quelque 300 000 dossiers par an, auxquels s'ajoutera, à cinquante-cinq et soixante ans, une estimation des droits à pension. C'est une tâche nouvelle extrêmement lourde, que je n'imagine pas pouvoir assumer à effectifs constants.

M. Pierre Morange, coprésident : Quel est le coût de la liquidation d'une pension de fonctionnaire ?

M. Jean-Louis Rouquette : J'ai estimé le coût de l'ensemble des liquidations à quelque 25 millions d'euros par an, dont 16 millions de masse salariale, 1,4 à 1,5 million de coûts directs de fonctionnement – papier, timbres, informatique – et 6,5 à 7 millions de coûts indirects correspondant à la fonction support de Bercy. Si l'on ajoute à cela la trentaine de millions d'euros que coûtent les centres régionaux de paiement, on obtient un total de 55 millions d'euros, à rapporter à quelque 172 000 concessions, soit un coût moyen de 159 euros par dossier, la part des coûts directs étant de 116 euros. Cela ne me paraît pas démesuré.

M. Pierre Morange, coprésident : Gérez-vous aussi de l'action sociale, comme le service des retraites de la Caisse des dépôts dont nous avons entendu le responsable tout à l'heure ?

M. Jean-Louis Rouquette : Non. L'action sociale est du ressort des ministères employeurs. Autre différence avec la Caisse des dépôts, nous ne gérons pas de cotisations, étant donné que les droits sont fonction des états de service constatés en fin de carrière par le ministère employeur. Nous avons, en revanche, un élément en plus. Outre deux millions et demi de retraites, nous gérons trois millions huit cent mille pensions et avantages divers, comme la retraite du combattant, ou les pensions de la Médaille militaire et de la Légion d'honneur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Ce qui nous intéresse, ce sont les coûts de gestion et les comparaisons avec d'autres organismes. Or, un rapport de la Cour des comptes a jugé plutôt médiocre l'efficacité de la gestion des pensions de l'État. Qu'en pensez-vous ?

M. Jean-Louis Rouquette : Le rapport part d'un constat. Celui que quatre mille personnes s'occupent desdites pensions. Pour arriver à ce chiffre, il faut additionner deux éléments assez différents. D'une part, les mille personnes affectées à la liquidation des retraites, dont quatre cents à Nantes et le reste dans les trésoreries. D'autre part, les trois mille agents qui constituent les dossiers dans les services du personnel ou des pensions des différents ministères.

Là où j'ai un désaccord sérieux, c'est sur la comparaison avec la CNAVTS, car la Cour a comparé des choses qui n'ont rien à voir. On additionne en effet les tâches qui relèvent de la responsabilité du gestionnaire des pensions et celles qui relèvent de la responsabilité de l'État en tant qu'employeur, et qui sont de même nature que pour n'importe quel employeur du service privé, même si, je vous l'accorde, les procédures ne sont pas les mêmes, puisque ce dernier fait régulièrement, année après année, ce que l'État fait en une seule fois, en fin de carrière, pour chacun de ses agents. En outre, dans le secteur privé, les régimes de retraite sont directement au contact des assurés, alors qu'ils n'ont de relations, dans le secteur public, qu'avec les employeurs. Il faut donc se garder des comparaisons hâtives.

Cela dit, si vous me demandez si les quatre mille personnes qui s'occupent des pensions des fonctionnaires de l'État sont toutes rationnellement employées, je vous répondrai qu'il y a certainement des marges de productivité. Il va d'ailleurs falloir faire 17 % de mieux, comme je vous l'ai dit, dans les années qui viennent, ce qui suppose une révision importante de nos méthodes de travail, une plus grande sélectivité des contrôles, un distinguo plus précoce entre les dossiers simples, que l'on peut traiter rapidement, et ceux qui requerront un traitement plus long et complexe. Force est toutefois de reconnaître que le législateur ne nous a guère simplifié la tâche en introduisant de nouveaux critères, l'exemple le plus frappant étant celui du régime des bonifications pour enfants, qui varie désormais

selon que ceux-ci sont nés avant l'entrée dans la carrière ou pendant celle-ci. Nos marges de productivité s'en trouveront inévitablement grignotées.

Mais la vraie question se situe plutôt en amont, dans les ministères employeurs, où certains niveaux hiérarchiques de contrôle peuvent paraître redondants. Sans vouloir m'immiscer dans l'organisation interne de chaque administration, je crois pouvoir dire que les principaux gains de productivité à attendre viendront sans doute de la mise en œuvre du droit à l'information sur les retraites.

M. Jacques Domergue : La gestion du régime public paraît néanmoins structurellement plus économique, dans la mesure où il n'y a pas de cotisations à recouvrer. Peut-on imaginer qu'un jour il n'y ait plus qu'un seul système, pour le privé comme pour le public ? Et si oui, lequel ?

M. Jean-Louis Rouquette : La grande différence entre le système de l'État et les autres, c'est qu'il est entièrement budgétaire. Elle sera toutefois un peu atténuée à compter de 2006, puisque sera créé un compte d'affectation spéciale, alimenté par les cotisations des agents et celles des administrations d'emploi, ce qui donnera une plus grande lisibilité d'ensemble. Ensuite, la question se posera forcément de savoir si l'on veut faire une caisse des pensions de l'État. C'est un choix politique, et le sujet a toujours été conflictuel. J'observe toutefois que deux occasions se sont offertes, récemment, lors de la modification de la LOLF et de celle de la réforme des retraites, et que ce choix n'a pas été fait. Je ne sais pas s'il le sera un jour, mais tant qu'il n'y aura pas de caisse de l'État, la question même d'un système unique n'aura pas de sens.

Il ne faut pas non plus sous-estimer la complexité des systèmes publics au sein même de la fonction publique. Un douanier ne part pas à la retraite dans les mêmes conditions qu'un instituteur, un ingénieur, un administrateur civil ou un contrôleur de l'aviation civile.

M. Georges Colombier : Vous avez évoqué la complexification due à la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, mais ne pensez-vous pas que, malgré cette complexité, elle apportera, à terme, une amélioration objective ?

M. Jean-Louis Rouquette : Elle améliorera, c'est certain, l'équilibre financier du système. Selon le Conseil d'orientation des retraites, son impact devrait être, à l'horizon 2020, de 13 milliards d'euros sur un besoin de financement estimé à 28 milliards, les 15 milliards restants nécessitant un effort complémentaire de l'employeur.

Par ailleurs, les nouveaux éléments de complexité ont aussi leur contrepartie. Ainsi, la possibilité de tenir compte des services accomplis dans d'autres régimes permettra à de nombreux fonctionnaires d'échapper à la décote, voire de bénéficier d'une surcote. Pour nous, cela représente un coût de gestion accru, ainsi qu'un gros effort de formation de nos agents : songez que la loi date du 21 août 2003, le dernier décret d'application du 26 décembre 2003, et que tout était en place au 1^{er} janvier 2004, sans aucun raté ni incident dans le versement des retraites.

M. Laurent Wauquiez : Pouvez-vous nous indiquer le ratio entre les coûts de gestion et le montant des pensions servies ? Je suis un peu surpris, par ailleurs, que ces coûts n'aient pas baissé malgré la diminution des effectifs. Comment l'expliquez-vous ? Enfin, on a un peu le sentiment que chaque administration gère sa productivité de son côté, sans trop regarder ce qui se passe ailleurs, ni a fortiori dans les pays étrangers, sous prétexte que les

choses sont trop différentes pour être comparées. L'excuse n'est-elle pas un peu trop commode ?

M. Jean-Louis Rouquette : Je n'ai pas calculé le ratio général que vous me demandez, mais les éléments que je vous ai apportés par écrit permettent de le faire. Il suffit de rapporter 36,8 milliards d'euros au nombre de dossiers traités, ou encore au nombre d'agents employés. Je pourrai vous fournir un calcul plus précis, à partir des coûts de gestion.

Si les coûts, contrairement aux effectifs, n'ont pas diminué, c'est notamment à cause des dépenses d'informatisation, lesquelles apparaissent certaines années dans l'enveloppe de mon service et d'autres années dans les dépenses d'investissement globales du ministère, étant donné que je n'ai pas d'autonomie budgétaire. D'autre part, l'âge moyen des personnels de Nantes, et donc leur ancienneté, tend à s'élever, car beaucoup ont choisi de venir s'y installer en 1985, au moment de la délocalisation du service, et y sont restés. Pour vous donner une idée, les moins de quarante ans ne représentent que 6 à 8 % de l'effectif.

Sur le dernier point, vous avez raison. Nous n'avons guère la culture du dialogue avec les autres régimes, et je le regrette, de même que je regrette de ne pouvoir négocier avec la direction du budget l'équivalent d'une COG. Les nouvelles dispositions relatives à l'information des assurés vont toutefois contribuer à modifier les choses, notamment grâce à la constitution d'un groupement d'intérêt public associant quelque trente-sept ou trente-huit régimes en vue d'un échange de données. Cela nous aidera à examiner notre propre pratique à la lumière de ce que font les autres, car on ne peut pas réfléchir à l'avenir du régime de l'État indépendamment de son articulation avec les autres régimes.

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous remercie.

*

Audition de M. Max Colinet, directeur de la CRAM Alsace-Moselle, de M. Yves Corvaisier, directeur de la CRAM Nord-Picardie, de M. Yves Gales, directeur de la CRAM du Massif central, de Mme Josette Raynaud, directrice générale de la CPAM de Paris, de M. Patrick Boïs, directeur de la CPAM de Haute-Loire, et de M. Charles Serrano, directeur de la CPAM de Valenciennes

M. Pierre Morange, coprésident : Madame, Messieurs, c'est un plaisir pour nous de vous accueillir pour vous entendre décrire le schéma d'organisation des caisses et nous dire comment sont optimisés les moyens qui leur sont alloués pour leur permettre d'accomplir leurs missions. Nous souhaitons aussi connaître votre point de vue sur l'évaluation de la performance des caisses primaires récemment publiée par un magazine, et savoir comment vous vous proposez d'améliorer la productivité de vos organismes.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Quel est le rôle respectif des CPAM et des CRAM ? Quelle est votre politique de gestion des ressources humaines, du patrimoine immobilier et du réseau territorial ?

M. Pierre Morange, coprésident : Les directeurs des CRAM nous éclaireront tout d'abord sur les missions qui leur sont assignées en matière de liquidation des pensions de retraite.

M. Yves Gales : Je rappellerai dans un premier temps que les CRAM sont des organismes atypiques dans le réseau de la sécurité sociale, en ce que leur dimension est

régionale, voire birégionale dans le cas de la CRAM Auvergne, et qu'il n'y a pas de structure départementale. Les CRAM ont trois champs de responsabilité distincts. Leur mission la plus coûteuse et la plus visible est le paiement des pensions de retraite. Elle s'accompagne de la collecte des données sociales, dont nous sommes chargés pour notre propre compte et pour celui de différents partenaires, ainsi que d'une action sociale propre à la branche. Notre deuxième responsabilité est de représenter l'assurance maladie au sein de différentes instances, et notamment des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), nos équipes participant largement à leurs travaux d'analyse. Enfin, nous avons une importante action de terrain dans la définition de la tarification du risque accidents du travail appliqué aux entreprises, auprès desquelles nos ingénieurs et nos contrôleurs agissent, par ailleurs, en qualité de conseil pour la prévention de ce risque.

M. Pierre Morange, coprésident : Pour la liquidation des pensions de retraite, quelle coordination s'établit entre les CRAM et la caisse nationale ? A quelle phase en est l'élaboration des contrats pluriannuels de gestion (CPG) et quels sont vos objectifs ?

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : L'échelon régional est-il l'échelon pertinent pour la liquidation des pensions ? Ressentez-vous la diversité de vos métiers comme une incongruité ou comme une richesse ?

M. Yves Corvaisier : La CRAM Nord-Picardie a compétence sur cinq départements. Il y a dix ans encore, toutes les liquidations des pensions se faisaient au siège. Le mouvement de déconcentration engagé depuis de nombreuses années a conduit à la création de vingt-six centres d'information et de traitement des retraites. Ils ont permis d'améliorer la qualité du service et entraîné des gains de productivité compris entre 25 % et 30 %, ce qui a permis de réduire un peu les effectifs et de les redéployer pour partie vers l'action sociale, autre activité majeure de la caisse. L'échelon pertinent, c'est la proximité avec les usagers, que nos conseillers retraite mettent en œuvre, dans les cantons, au plus près des assurés et des élus. Ce dispositif n'empêche pas que le pilotage soit régional et, par là même, plus économe des deniers publics. Le même schéma vaut pour l'action sociale, dont le pilotage à l'échelon régional fait prévaloir la cohérence, qu'il s'agisse de l'accès aux soins, de la prévention de la désinsertion professionnelle ou de la prévention de la dépendance.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Pour la liquidation des pensions de retraite, quel rôle exact jouent les CRAM ? Ne pourrait-on imaginer que la caisse nationale se projette directement à l'échelon local, sans intermédiaires ? Par ailleurs, comment s'explique le regroupement du Nord et de la Picardie au sein d'une seule CRAM ?

M. Yves Corvaisier : Il tient à des raisons historiques. C'est d'ailleurs parce que la Picardie voulait sa propre caisse que le premier centre retraite a été créé à Amiens et que d'autres ont suivi dans les départements picards. L'intérêt du dispositif est qu'il est beaucoup plus facile de piloter seize caisses régionales que cent caisses départementales et c'est, à mon avis, beaucoup moins coûteux.

M. Pierre Morange, coprésident : Voilà qui reste à démontrer. N'existe-t-il pas une contradiction entre l'objectif, légitime, de politique de proximité, et le maintien de l'échelon intermédiaire qu'est l'échelon régional ? Ne pourrait-on privilégier une approche inter-branches, qui serait plus compréhensible pour le citoyen, surtout si elle se traduisait par la création de guichets uniques ?

M. Yves Corvaisier : Dans la mesure du possible, nous nous associons déjà aux autres organismes locaux. Ce sera le cas, par exemple, pour la création du nouveau régime

social des travailleurs indépendants. On tend donc au guichet unique. J'observe par ailleurs que la concentration des coûts transversaux dans les structures régionales est facteur d'économies. Ainsi, pour la branche vieillesse, le coût de gestion, rapporté aux flux, est de 1,20 % en moyenne, et de 1 % pour la CRAM de Lille. Cela ne me semble pas excessif et je ne suis pas certain que l'on gagnerait à une démultiplication des structures à l'échelon départemental. A tout le moins, des études préalables très poussées seraient nécessaires avant de s'engager dans cette voie.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Certains sont tentés de comparer le fonctionnement du régime général et celui de la Mutualité sociale agricole (MSA), qui semble plus simple. Cette comparaison vaut-elle ?

M. Yves Corvaisier : En matière d'organisation, tout est possible, et l'on pourrait en revenir à des caisses régionales de sécurité sociale, assorties de services déconcentrés. Je n'ai pas d'idées préconçues à ce sujet, mais ce dont je suis sûr, c'est que le dispositif actuel est pertinent et peu cher. Il faut donc bien réfléchir avant de le modifier.

M. Yves Gales : Pour la liquidation des pensions de retraite, l'échelon régional est un bon intermédiaire, que l'on considère le coût de gestion ou la qualité du service, car il permet de prendre en compte avec doigté des spécificités locales, ingérables au niveau national. Ainsi la CRAM Auvergne est-elle amenée à définir une organisation des services différente selon qu'il s'agit de zones urbaines très peuplées, de zones de moyenne montagne frappées par la désertification rurale, ou de zones rurales à la population vieillissante.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Il me semble que la caisse nationale serait à même de distinguer villes, moyenne montagne et territoires ruraux. En revanche, je comprends mal l'intérêt de regrouper la gestion de tâches aussi différentes que la liquidation des pensions de retraite, la tarification et la prévention des accidents du travail, et l'action sociale.

M. Yves Corvaisier : La synergie est très grande entre l'action sociale en direction des personnes âgées, l'accès aux soins et la prévention de la précarité, et le vieillissement de la population renforcera encore la nécessité de lier champ sanitaire et champ social. La segmentation par blocs de compétence rendrait un mauvais service à la population, car l'approche à la fois sanitaire et sociale des CRAM présente de réels avantages, comme en témoigne la forte présence des caisses au sein des ARH, dans les programmes d'insertion des personnes handicapées, dans la définition des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et des schémas gérontologiques. Tout découpage susciterait inmanquablement la création de nouvelles structures et rendrait donc nécessaires de nouvelles concertations. De même, en matière de prévention de la désinsertion professionnelle, objectif majeur de la convention d'objectifs et de gestion, de nombreux partenariats existent déjà, particulièrement pour la santé au travail. Nous savons que la Cour des comptes s'interroge sur les bienfaits de la sectorisation, mais je ne suis pas sûr que l'on y gagnera en termes de coûts, car l'organisation actuelle permet des économies d'échelle mais aussi une synergie qui présente des avantages indéniables.

M. Laurent Wauquiez : On ne peut manquer d'être frappé par les inquiétants écarts de performance des CPAM, dont les coûts de gestion varient, selon le magazine L'Expansion, du simple au double. On constate, d'ailleurs, que les plus performantes sont loin d'être celles qui sont implantées dans des grandes agglomérations. Celle de la Haute-Loire est ainsi très bien placée. Quelles mesures entendez-vous prendre pour réduire ces écarts ? Existe-t-il des indicateurs de gestion par caisse et un tableau de suivi des

résultats ? Des comparaisons sont-elles faites pour déterminer les meilleures pratiques et les généraliser ? La notation des directeurs tient-elle compte de leur gestion ?

M. Pierre Morange, coprésident : De quelle marge de manœuvre les directeurs disposent-ils pour faire évoluer un dispositif dont la complexité n'est pas toujours synonyme d'efficacité ?

M. Charles Serrano : Il est difficile de comparer le régime général et la MSA. Les deux systèmes n'ont que peu à voir et l'ampleur de la population concernée n'a rien de commun. Pour ce qui est des avantages et des inconvénients comparés de la polyvalence et de la spécialisation, l'expérience montre que les gains de productivité sont bien moindres lorsque l'on regroupe des métiers différents. Quant aux écarts de performance, ils ont été calculés sans tenir compte de l'environnement des caisses, pourtant déterminant dans la composition des coûts puisqu'elles sont étroitement tributaires de la démographie locale d'une part et du nombre des professionnels de santé d'autre part - deux éléments sur lesquels elles n'ont pas prise. Voilà une première explication. En ma qualité de directeur de caisse, je n'ai pas l'œil rivé sur le coût de gestion des autres caisses primaires car je sais que les contextes sont différents. Ce qui m'intéresse, c'est de m'assurer de tendances saines et d'une évolution maîtrisée au sein de l'organisme que je dirige, dans son contexte singulier.

M. Laurent Wauquiez : Nous avons souvent entendu cet argument. Mais les comparaisons n'ont-elles pas du bon ? Ainsi, la caisse de Grenoble et celle de Saint-Etienne ont beau avoir compétence sur des zones comparables, l'une est en queue du palmarès, l'autre en tête. Se priver de l'air frais qu'apporte l'ouverture des fenêtres peut être préjudiciable.

M. Charles Serrano : Mon propos était réaliste. Nous ne pouvons influencer sur les résultats des autres caisses. C'est le rôle de la CNAMTS, et elle le fait plutôt bien. Les nôtres dépendent étroitement du contexte dans lequel nous évoluons, si bien que, sur le plan local, nos fenêtres sont ouvertes en permanence et que nous sommes très attentifs à nouer tous les partenariats utiles. Nous observons naturellement ce que font les autres et, depuis longtemps, les meilleures pratiques sont repérées et diffusées. Quand elles sont transposables, nous n'avons de cesse de les faire prospérer. Enfin, oui, la bonne gestion influe sur la carrière des directeurs, si l'on est d'accord sur la signification de ce qu'il faut entendre par « bonne gestion », et en tenant compte du fait que les directeurs n'agissent pas seuls. Ils donnent l'impulsion.

M. Pierre Morange, coprésident : Quels progrès votre caisse a-t-elle réalisés au cours des cinq dernières années ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Vous avez dit que le regroupement des métiers n'entraînerait pas de gain de productivité. Pourquoi ?

M. Charles Serrano : Pour avoir, pendant très longtemps, demandé à notre personnel d'avoir des compétences très étendues sur des sujets très divers, nous avons pu constater que cette manière de faire est moins efficace que l'acquisition d'une expertise sur des sujets précis.

Vous m'avez interrogé sur l'évolution de la Caisse primaire que je dirige. J'aimerais, pour commencer, vous donner un aperçu de la situation à Valenciennes. Le taux de chômage y est de 15 %, la proportion de bénéficiaires du RMI de 16 %, celle des bénéficiaires de la CMU de 13 %, le taux d'augmentation des maladies professionnelles de

15 % et le taux de mortalité prématurée de moitié supérieur à la moyenne nationale. Il faut admettre qu'une population ainsi caractérisée n'a pas les mêmes besoins qu'une autre.

Dans ce contexte, nos résultats sont les suivants. Les feuilles de soins télétransmises traitées en 2000 représentaient 6,5 % de notre production. Nous approchons aujourd'hui de 50 %. Au cours de la même période, nous sommes passés de 23 562 décomptes par agent à près de 30 000, soit un gain de productivité de 20 %. Quant aux enquêtes de satisfaction, elles montraient un résultat de 6,8 % en 2001 et de 7,4 % en 2004. La tendance est saine. Sur huit ans, notre coût de gestion a augmenté de 0,28 % par an hors inflation, ce qui me paraît être le signe d'une évolution maîtrisée, en dépit de tous les facteurs défavorables qui ont une incidence sur le coût de gestion. S'agissant enfin du fameux taux d'efficacité qui a fait la gloire de L'Expansion, nous étions à 51,83 % en 2003, et à 67,75 % en 2004. Donc, nous progressons.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Comment les contrats pluriannuels de gestion sont-ils négociés ? Quelle est votre politique des ressources humaines ? Quelles sont les relations entre le personnel et la direction ? Malgré la convention collective, les directeurs ont-ils une marge pour négocier avantages et primes ?

Mme Josette Raynaud : La création de la caisse de Paris est récente, puisqu'elle résulte de la division en sept caisses départementales, en 1981, de la caisse primaire centrale d'assurance maladie de la région parisienne, organisme unique que ses dimensions avaient rendu ingouvernable. Quels résultats a eus la départementalisation, qui s'est achevée en 1984 ? La CPAM de Paris couvrait, cette année-là, 2,4 millions d'assurés, dont 600 000 fonctionnaires travaillant à Paris mais qui n'y résidaient pas. Cette population n'a pas varié depuis lors. Avec un effectif supérieur à six mille personnes, la caisse traitait quinze millions de décomptes en 1986. Actuellement, moins de trois mille personnes traitent chaque année trente-neuf millions de décomptes, et assument d'autres fonctions. Pour l'assurance maladie au moins, la somme du coût des sept caisses départementales est inférieure à ce qu'aurait été le coût, actualisé, de l'ancienne caisse régionale. La caisse de Paris ayant eu le handicap d'être surdotée en effectifs lors de sa création, les embauches ont été quasiment nulles depuis 1984, la diminution des effectifs résultant des départs naturels. Mais le processus étant trop lent pour permettre une gestion satisfaisante, le conseil d'administration et l'autorité de tutelle ont accepté, en 2000, la conclusion d'un plan de cessation anticipée d'activité prévoyant dans le même temps, à raison d'une embauche pour trois départs, d'introduire un peu de sang neuf dans un organisme qui n'en avait pas eu depuis 1983. Il en est résulté, fin 2003, date à laquelle le plan a été achevé, un effectif inférieur de 23 % à ce qu'il était en 1994, et la réduction du taux d'encadrement. De par les embauches concomitantes, la caisse a profité de l'apport d'une expertise qui n'existait pas en 1983, en matière statistique et informatique particulièrement.

Ces efforts paraissent très lents, mais 80 % des dépenses de fonctionnement des organismes de sécurité sociale étant des frais de personnel, c'est sur ceux-là qu'il faut jouer pour réduire les coûts. Grâce à l'action entreprise, les dépenses de fonctionnement de la caisse de Paris ont diminué de 8,21 % depuis 1994 alors qu'elles augmentaient de 15,27 % au niveau national, et ses effectifs de 23 % alors qu'ils augmentaient de 1,61 % au niveau national. Le taux d'encadrement a baissé de 1,3 % en dix ans. Nous avons ainsi démontré notre engagement dans le processus de décélération des dépenses, et nous ne sommes plus les derniers de la liste. Certes, du chemin reste à faire. Nous comptons donc réviser notre maillage territorial, déjà diminué de beaucoup, avec l'objectif d'en arriver à trente-six points de contact, dont vingt seront consacrés aux relations avec les professionnels de santé et avec

les assurés. Ce nombre peut paraître encore élevé, mais ce sont de petites unités, et nous souhaitons utiliser au mieux notre patrimoine immobilier.

M. Pierre Morange, coprésident : Vous avez retracé l'historique des efforts accomplis à ce jour et dressé l'état des lieux. Mais, au vu des observations de la Cour des comptes, étant donné l'évolution induite par la dématérialisation des feuilles de soins et la télétransmission d'une part, vos nouvelles missions d'autre part, les départs à la retraite prévus enfin, quels sont vos objectifs ?

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Quel est le taux de télétransmission à Paris, et quelle autre intervention que la surveillance informatique demande-t-elle ?

Mme Josette Raynaud : Le taux global de télétransmission est de 67 %, mais le taux d'utilisation de la carte SESAM-Vitale n'est que de 59 %. C'est que le corps médical parisien est composé de neuf mille médecins, dont deux tiers de spécialistes, parmi lesquels mille neuf cents exercent essentiellement dans des cliniques. Cela n'empêche pas la télétransmission. En revanche, en raison de questions techniques irrésolues, les actes médicaux réalisés en cliniques n'entrent pas dans le champ de la carte SESAM-Vitale.

M. Pierre Morange, coprésident : Si l'on considère l'importance des investissements informatiques successifs consentis pour mettre au point ces systèmes, voilà qui est proprement stupéfiant.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Cela résulte-t-il d'une lacune du plan informatique de la CNAMTS, ou est-ce que la loi ne l'a pas prévu ?

Mme Josette Raynaud : Pour ce que j'en sais, les médecins ne peuvent utiliser leur carte professionnelle pour rédiger leur note d'honoraire lorsqu'ils exercent en clinique ni, donc, utiliser SESAM-Vitale. Mais les CPAM n'étant pas chargées de ces questions, les experts de la caisse nationale répondraient plus précisément que moi à votre légitime curiosité. Ce que je puis vous dire, c'est que quatre mille médecins parisiens continuent de donner à leurs patients des feuilles de sécurité sociale.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Quel est le coût comparé d'une feuille traitée manuellement et d'une télétransmission ?

Mme Josette Raynaud : Je ne puis vous répondre, car le seul chiffre dont nous disposons est celui du coût total, indifférencié, de la liquidation. Mais j'appelle votre attention sur le fait que la télétransmission n'est pas tout. Il reste l'ordonnancement et le contrôle ainsi que le traitement des signalements et des rejets. Voilà pourquoi la caisse nationale estime le gain de productivité globale à 40 %. La saisie des données, qu'il s'agisse de lecture optique des feuilles de soins ou de télétransmission, ne suffit pas à régler une liquidation, laquelle suppose, en amont, un travail sur le système de tarification et, en aval, un contrôle éventuellement suivi, en cas d'anomalie, d'une prise de contact avec le professionnel de santé concerné.

M. Pierre Morange, coprésident : Quels sont vos objectifs en termes de gestion des effectifs et de gains de productivité d'ici trois à cinq ans ?

Mme Josette Raynaud : Comme je vous l'ai dit, plan 2000-2003 mis à part, notre taux de remplacement est quasiment nul. Cette stratégie sera maintenue dans le cadre de la nouvelle COG. Nous tablons donc sur 150 départs entre 2006 et 2008, sur un effectif actuel de 2 826 personnes, et ces postes ne seront pas remplacés. Entre 1994 et 2003, notre gain de

productivité a été de 150 %. Nous escomptons un gain supplémentaire de 20 % au cours des trois prochaines années.

M. Patrick Boïs : Pour la première fois, les taux de remplacement, sur la durée de la COG, sont gradués selon le classement de performance des organismes. Autrement dit, il est beaucoup plus faible dans les organismes qui coûtent le plus cher. C'est heureux, car si l'on appliquait à ma caisse ce qui vaut pour celle de Paris, je devrais fermer immédiatement. Mais notre situation, notre structure et notre histoire n'étant pas les mêmes, nous avons déjà opéré des gains de productivité et, en particulier, réduit de 7 % nos effectifs. Sur un autre plan, j'insiste sur le fait que le système SESAM-Vitale ne consiste pas seulement à presser un bouton pour mettre en paiement. Il suppose que des gens réfléchissent, comme ils le faisaient avant cette évolution technique, pour appliquer la législation. J'ajoute que la gestion du fichier national unique est d'une lourdeur sans commune mesure avec ce que nous avons connu précédemment, ce qui demande un investissement supplémentaire. Et aussi bien SESAM-Vitale que la télétransmission présentent des risques spécifiques qui exigent des niveaux de contrôle bien supérieurs à ceux que demandaient les dossiers sur papier.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Avez-vous reçu des directives tendant à l'apposition de photo sur la carte SESAM-Vitale ?

Mme Josette Raynaud : Non. A ce sujet, mieux vaudrait définir comment les photos devront nous parvenir. Si c'est par courrier, je doute que l'objectif - la confirmation de l'identité du porteur - soit atteint.

M. Pierre Morange, coprésident : Un document retraçant vos objectifs en termes de gains de productivité nous serait utile. J'ajoute que 7 % sur la durée de la précédente COG, soit quelque 2 % par an, me semble un progrès tout relatif.

M. Charles Serrano : Puisque nous parlons de SESAM-Vitale, je souhaite vivement que les pouvoirs publics nous aident à améliorer la proportion des professionnels de santé qui l'utilisent, car cela ne dépend pas de nous.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : C'est une sujétion réelle pour les médecins. Nous serons donc d'autant plus enclins à les y inciter que la démonstration nous aura été faite que l'on peut en attendre un gain de productivité supplémentaire.

M. Charles Serrano : C'est une question de perspective. Il nous semble, à nous, que 40 %, ce n'est pas négligeable. Votre remarque serait peut-être fondée si le contexte législatif avait été plus stable. Mais, pendant que nous ne gagnions « que » 40 % de productivité globale dans le traitement des feuilles de soins télétransmises, que se passait-il ? Le législateur créait la CMU. Quant à la récente convention médicale, elle suppose que nous réalisons l'analyse des ressources pour le calcul du crédit d'impôt. Tout cela représente des travaux supplémentaires et ne réduit en rien la complexité administrative du processus de liquidation. En saisie pure, passer du traitement d'une feuille de soin sur papier à la télétransmission procure un gain de productivité de 100 % mais, nous l'avons dit, le travail en amont et en aval n'a pas disparu pour autant. De surcroît, il est manifeste que les professionnels de santé n'ont pas été convaincus d'y venir, comme par un coup de baguette magique. Il a fallu beaucoup y travailler.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Ce volet est de la responsabilité des pouvoirs publics. Mais nous devons disposer de tous les éléments nous permettant d'analyser le coût de gestion dans son ensemble.

M. Charles Serrano : C'est pourquoi j'ai tenu à souligner que l'activité des caisses n'a cessé de croître au fil des ans, à la fois parce que les pouvoirs publics leur ont confié des tâches supplémentaires - ce dont nous ne nous plaignons pas - et parce que la consommation de soins a augmenté. Tout cela nous a repris une part de la productivité gagnée, mais nous n'avons pas été inertes.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : La MECSS n'est pas l'IGAS. Notre intention n'est pas de faire la leçon à qui que ce soit mais d'inciter votre tutelle à fixer aux caisses des objectifs de productivité et de qualité, après avoir tenté de comprendre si, et en quoi, la responsabilité du législateur est engagée dans les dysfonctionnements actuels.

M. Charles Serrano : Dans cette optique, deux mesures nous aideraient à gagner en productivité. En premier lieu, que les professionnels de santé soient fortement incités à adopter sans réserve les technologies nouvelles, et notamment SESAM-Vitale, ce qui n'est pas le cas à ce jour. Ensuite, qu'une simplification administrative réelle soit opérée. Je le redis. Le paiement des indemnités journalières, pour ne citer que cet aspect de nos missions, est un domaine dans lequel la technicité du personnel joue un très grand rôle. Le contexte local joue donc beaucoup, car lorsqu'une région entière est en difficulté, cela ne peut être sans incidence sur l'activité de la caisse.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Je le souligne à mon tour, nous sommes réunis pour comprendre. Dans ce cadre, j'aimerais savoir quel est le rôle d'un directeur. Quelle est sa marge de manœuvre dans la négociation des contrats pluriannuels de gestion d'une part, de l'intéressement d'autre part. Quelles sont ses relations avec son conseil, et dans quelle mesure la loi du 13 août 2004 les a modifiées ? Je souhaite aussi connaître les inflexions que vous souhaiteriez apporter à votre organisation pour améliorer, comme le prévoit la loi, la gestion globale du dispositif, et répondre ainsi aux observations de la Cour des comptes.

M. Pierre Morange, coprésident : Il serait hautement souhaitable que vous nous transmettiez une note récapitulant de manière exhaustive l'ensemble des procédures administratives que vous souhaitez voir simplifiées pour vous aider à améliorer la gestion et l'efficacité de vos services. J'invite à présent M. Max Colinet, directeur de la CRAM Alsace-Moselle, à nous donner son sentiment sur la manière dont on pourrait renforcer la coordination entre les CRAM et les CPAM pour rationaliser leurs moyens.

M. Max Colinet : Non seulement nous représentons les deux tiers de la force de travail des ARH, mais la législation récente requiert de l'assurance maladie un niveau régional, comme en témoigne la création des unions de caisses régionales d'assurance maladie (URCAM). Plus prosaïquement encore, quand nous nous occupons, comme nous le devons, d'action sociale et de prévention, cela ne peut se faire sans les médecins du travail. En outre, à la suite de la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), ce sont les CRAM qui ont été chargées de l'évaluation médico-administrative des personnes âgées. Aussi, dans un souci commun d'économie des deniers publics, les conseils généraux recourent à nous avant d'embaucher du personnel dédié à la gestion de la dépendance. Par ailleurs, comment peut-on mesurer la productivité des ARH, lorsqu'elles élaborent les SROS ? C'est un exercice très lourd, évidemment réalisé en coordination avec les CPAM, car une telle redéfinition du tissu sanitaire ne peut se concevoir en séparant médecine hospitalière et médecine ambulatoire.

La question nous est posée de savoir comment augmenter notre productivité, mais les ordres viennent des pouvoirs publics. Les dispositions récentes concernant l'allocation personnalisée d'autonomie et les SROS ont été votées par le Parlement. Qu'acceptez-vous d'investir dans ces tâches, ou dans l'effort nécessaire pour permettre le retour complet à

l'emploi d'une personne en très grande difficulté ? Ce sont des choix politiques, comme le sont les actions de prévention qui ont permis que l'indice de fréquence des accidents du travail diminue de 20 % en dix ans. Nous avons un souci de productivité, mais ces politiques ont un coût. Il faut donc un cadrage par l'État.

Les objectifs de la CRAM Alsace-Moselle sont évidents. C'est, d'abord, la certification, gage de qualité. C'est ensuite, en parfaite coordination avec les CPAM, la création de guichets uniques. Pour les accidents du travail, nous y parviendrons en 2006 et peut-être même cette année si tout va bien, sans modifier la gestion, autrement dit sans « structuralisme expérimental », en instituant un numéro de téléphone unique pour le régime général. La COG prévoit une troisième source de gain de productivité : la logistique. Pour la CRAM Alsace-Moselle, il s'agira en particulier de réorganiser l'impression qui, sous dix-huit mois, sera confiée à une seule imprimerie. Enfin, sachant qu'il ne saurait être question ni de licenciements économiques ni de départs forcés - c'est un principe qui a toujours prévalu dans les organismes de sécurité sociale -, nous gérons, comme notre collègue de Paris l'a expliqué, les départs naturels. Dans ce cadre, nous espérons, d'ici trois ans, parvenir à un service de recouvrement conjoint CRAM-CPAM. Voilà quelques exemples de ce que nous comptons faire. C'est un travail de fourmi, que nous accomplissons avec le souci de rendre le réseau cohérent et, donc, d'accroître sa productivité.

M. Pierre Morange, coprésident : Pour ce qui concerne la gestion des effectifs, avez-vous des objectifs chiffrés ?

M. Max Colinet : Le CPG prévoit des gains de productivité. Ils seront respectés pour 2004-2005, et nous attendons la négociation pour 2006-2009. Je me félicite que nous ayons enfin une COG pour la branche accidents du travail.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : La marge de manœuvre du directeur, dans ses relations avec son conseil, a-t-elle évolué depuis la promulgation de la loi du 13 août 2004 ? Sur le plan pratique, la très compliquée gestion de la liquidation des dossiers d'accident du travail ne pourrait-elle pas être améliorée ?

M. Max Colinet : Nous y travaillons, en particulier par l'expérimentation de la télétransmission.

M. Patrick Boïs : Vous nous avez interrogés sur la marge de manœuvre du directeur. Pour ce qui est du CPG, elle est relativement mince, car la caisse nationale ne peut se permettre que chaque directeur agisse à sa manière. En revanche, il a des responsabilités en matière de ressources humaines et d'organisation. Dans ce cadre, la CRAM Auvergne procède à des expériences pilotes qui tendent en même temps à l'amélioration de la qualité du service et à des économies de gestion. Ainsi, nous venons de créer une plateforme régionale unique destinée au scannage des quelque 20 % de feuilles papier qui subsistent, sachant que le traitement d'un dossier scanné triple la productivité par rapport au traitement d'une feuille classique. Cette nouvelle organisation permet de plus des économies de locaux. De même, l'accueil téléphonique de toutes les caisses primaires de la région a été concentré en un seul lieu et, dans trois mois, une plateforme unique sera instituée pour tous les employeurs. Dix chantiers de ce type sont en cours, dont nous attendons un retour sur investissement à moyen terme.

M. Pierre Morange, coprésident : L'accueil téléphonique est un excellent exemple de ce qui pourrait être regroupé non seulement à l'échelon régional mais à l'échelle nationale.

Mme Josette Raynaud : Les conseils des CPAM viennent d'être installés et nous en sommes aux balbutiements d'un fonctionnement nouveau. En effet, le conseil n'a pratiquement plus de pouvoirs, si ce n'est de s'intéresser au service à l'utilisateur, à l'organisation du service des réclamations et, un peu, à l'action sanitaire et sociale et encore, car une lecture puriste des textes laisserait, sur ce dernier point, la décision au directeur. Il s'agit plutôt d'un conseil d'utilisateurs, qui comprend des partenaires sociaux, jusqu'à présent habitués à des responsabilités beaucoup plus vastes.

Dans nos relations avec la caisse nationale, nous ne sommes pas à égalité, si bien que nous n'avons pratiquement pas de marge de manœuvre budgétaire. Elle ne peut porter que sur les éléments de service que l'on nous demande d'atteindre et qui influent indirectement.

M. Yves Gales : Les CRAM fonctionnent encore sous l'ancien système, selon lequel les pouvoirs du directeur découlent du décret du 9 mai 1960, le conseil d'administration orientant les décisions de l'organisme. A ce titre, il signe le CPG avec le directeur. Il revient donc à ce dernier de négocier les grandes orientations avec le président, qui tient lui-même compte des aspirations de la majorité du conseil d'administration. Cette procédure ne pose pas de problèmes particuliers.

Dans un autre domaine, je tiens à souligner une association de toujours entre les CRAM et la branche vieillesse lors de la préparation des COG et des CPG, qui demandent un travail préparatoire considérable. Nous disposons pour cela d'un outil d'analyse budgétaire conjoint très au point.

S'agissant des possibilités d'améliorer la gestion, j'exprimerai trois souhaits, dont le premier tient sans doute du vœu pieux. Nous gérons trois CPG pour trois branches différentes. La synchronisation et l'arrivée des crédits en début d'exercice simplifieraient singulièrement notre gestion et amélioreraient la lisibilité du dispositif par le personnel. Par ailleurs, étant donnée l'évolution démographique, il est urgent de clarifier le rôle des services sociaux et de faire converger branche vieillesse et branche maladie car, passé quatre-vingt ans, de quelle branche ressortit-on ? La convergence des moyens nous permettrait d'organiser la prise en charge par une démarche client. Il y a de grandes marges d'amélioration dans ce domaine. S'agissant, enfin, des accidents du travail, l'IGAS a indiqué des possibilités de simplification, notamment dans l'organisation de la réparation, actuellement scindée entre CRAM et CPAM. Cela devrait être étudié avec soin, car il y a là une possibilité évidente de gain de productivité et de meilleure lisibilité.

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous remercie.

AUDITIONS DU 31 MARS 2005

Audition de M. Michel Régereau, président du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), de M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'UNCAM et de la CNAMTS, et de Mme Renée Babel, directrice déléguée aux ressources et au réseau de la CNAMTS

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Je vous rappelle que notre mission a été mise en place, par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, à la suite du vote de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, afin d'essayer de mieux exercer le contrôle parlementaire sur le fonctionnement des organismes de sécurité sociale, notamment de l'assurance maladie, qui est au cœur de nos préoccupations. Dans le contexte de la renégociation de la convention d'objectifs et de gestion, nous allons donc vous poser un certain nombre de questions sur le fonctionnement des structures que vous représentez et sur les évolutions engagées dans l'ensemble de vos métiers.

M. Pierre Morange, coprésident : Une étude publiée récemment dans la presse montre des écarts de gestion entre les caisses primaires d'assurance maladie. Nous aimerions savoir comment vous entendez réaliser les gains de productivité et réaliser les 200 millions d'euros d'économies annoncés lors de la discussion de la réforme de l'assurance maladie. Que les choses soient claires : notre philosophie n'est pas tant de chercher à mettre en évidence des marges de manœuvre budgétaire que des rationalisations qui permettraient que les compétences et les ressources humaines soient utilisées au mieux.

M. Frédéric Van Roekeghem : Effectivement, cette enquête fait état de différences assez importantes entre les caisses, notamment en termes de coûts de gestion. Il est vrai aussi que nous avons pris l'engagement, dans le cadre du plan de réforme de l'assurance maladie, de réaliser 200 millions d'euros d'économies à l'horizon 2007.

Il faut rappeler que nous nous inscrivons dans une activité d'assurance maladie en constante augmentation, de 5 % par an. Ainsi, le nombre de bénéficiaires s'est accru de 7,3 % entre 1999 et 2003 tandis que le nombre de décomptes payés augmentait de 25 %. En outre, deux modifications de la législation et de la réglementation ont eu un fort impact sur l'activité des caisses : la réduction du temps de travail, qui s'est traduite par une perte de productivité nécessitant l'embauche de 5 200 équivalents temps plein, et l'institution de la couverture maladie universelle (CMU), qui a demandé la création de 1 500 équivalents temps plein afin de permettre aux populations les moins favorisées de faire valoir leurs droits. De 2000 à 2003, les gains de productivité ont ainsi été partiellement absorbés et les effectifs se sont accrus.

L'évolution a été à nouveau favorable à partir de 2004, et je suis heureux d'informer votre mission qu'au 31 décembre dernier les effectifs avaient diminué de 1 950 équivalents temps plein. Cette diminution sera poursuivie sur la base du remplacement d'un seul départ en retraite sur deux, qui devrait permettre une nouvelle diminution de 1 150 équivalents temps plein en 2005. Compte tenu des efforts réalisés par l'assurance maladie, on peut donc évaluer les économies attendues sur la masse salariale à environ 160 millions d'euros fin 2006.

Ces efforts s'accompagneront d'une réduction des écarts de coûts de gestion entre les caisses, car il est logique que celles qui ont la productivité la plus faible fassent davantage d'efforts. Cette politique n'est pas nouvelle, puisque l'écart entre les treize caisses

les moins coûteuses et les treize les plus coûteuses est passé de 2,23 en 2000 à 1,98 en 2003, ce qui reste toutefois trop élevé.

J'ajoute que notre gestion sociale des effectifs permet que ces évolutions se fassent graduellement et s'accompagnent de rationalisations, notamment du nombre de points d'accueil, qui nécessitent des négociations avec les élus locaux.

Parce que nous tenons à atteindre l'objectif de 200 millions d'euros d'économies, j'ai engagé un audit sur la fonction achats du réseau de l'assurance maladie. Ayant nécessité des entretiens avec les responsables des achats, le traitement de cent vingt-huit questionnaires et des extractions informatiques, il montre qu'on pourrait atteindre 40 millions d'euros d'économies. 25 millions seraient obtenus sur l'affranchissement, en utilisant l'édition centrale, en accélérant la dématérialisation, en travaillant à un changement des pratiques et en renégociant avec la Poste afin d'obtenir de meilleures conditions. Dix millions d'économies pourraient aussi être réalisés sur l'informatique et les télécommunications, les *benchmarks* externes montrant qu'il existe un potentiel important. Enfin, cinq millions d'économies proviendraient des efforts faits sur les fournitures et prestations diverses, en particulier sur le volume et le prix du papier. Un audit sera également conduit sur les achats de la caisse nationale.

Un plan d'action sera donc nécessaire, qui combinera revue systématique des segments d'achat, pilotage de la performance économique avec la définition d'indicateurs dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG), professionnalisation du réseau d'acteurs et communication sur la conduite du changement.

Nous considérons donc qu'une gestion rigoureuse des effectifs associée à une modernisation de notre processus d'achats peut nous permettre d'atteindre les deux cents millions d'économies prévus dans la réforme de la sécurité sociale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Vous exercez tous deux vos fonctions depuis peu, mais vous connaissez parfaitement les rouages de notre système de sécurité sociale. La Cour des comptes a noté que les précédentes COG avaient privilégié la qualité de service plutôt que la réduction des coûts de gestion. La nouvelle COG de la branche accidents du travail et maladies professionnelles vient d'être conclue, la vôtre doit être signée avant le 31 décembre. Cette audition n'en est que plus opportune. La Cour a aussi observé une certaine aisance financière des caisses. Faut-il en conclure que le bilan des COG est plutôt mitigé et que les objectifs étaient sans doute trop faciles à atteindre ? Enfin, les coûts de gestion étant sensibles à la grande complexité des règles en vigueur, que risque d'aggraver encore la nouvelle loi sur l'assurance maladie, avez-vous des suggestions à faire en vue d'une simplification ?

M. Michel Régereau : Pour l'UNCAM, l'objectif est bien d'agir, dans le cadre de la loi du 13 août 2004, sur la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et de réduire cette année les dépenses d'un milliard d'euros, par une meilleure utilisation des dépenses de soins. L'essentiel de nos efforts est tourné vers cela, au sein d'une entreprise qui élabore de nouveaux produits, qui s'est dotée de nouvelles orientations et de nouveaux objectifs, et qui doit maintenant disposer de commerciaux pour « vendre » cette action sur le terrain. La question est donc moins de faire des économies sur les coûts de gestion que de savoir qui fait quoi dans le réseau de l'assurance maladie, quels personnels et quels moyens on affecte à ces objectifs, et s'il est vraiment utile que l'effort porte sur les 5 % que représentent les coûts de gestion par rapport à l'ensemble. Car il faut savoir que même si l'ensemble des personnels cessait d'être rémunéré et si la sécurité sociale ne payait plus aucune facture, le problème du financement ne serait pas réglé.

Bien évidemment, nous sommes attentifs à la réduction des écarts de coûts mais, s'agissant de la gestion de l'assurance maladie comme de l'organisation du système de soins, nous préférons mettre en avant la notion d'efficacité, qui combine les coûts les plus maîtrisés possible avec l'efficacité la plus grande possible.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Il semble qu'il y ait une légère différence d'approche entre le directeur général et le président. Pour ma part, je ne considère pas la CNAMTS et l'UNCAM comme des instruments uniquement destinés à la liquidation, pour laquelle des gains de productivité pourraient être obtenus grâce à l'informatisation. La loi, à laquelle on sait que je n'étais guère favorable, a confié à l'assurance maladie un rôle de pilotage de l'ensemble du système, ce qui lui confère une responsabilité particulière vis-à-vis tant des assurés que des médecins.

Afin que nous soyons correctement informés, pouvez-vous nous indiquer les perspectives de développement des nouveaux métiers ? Comment mettez-vous en place les nouvelles qualifications, les nouveaux objectifs et les nouveaux indices, en particulier pour la liquidation médicalisée ? Quels sont également les moyens engagés et les coûts ? Nous aimerions aussi connaître l'état de votre informatique, en particulier au regard de l'introduction de la participation forfaitaire d'un euro et du plafond annuel de cinquante euros.

Dans la COG précédente, vous aviez prévu des plates-formes d'accueil, d'écoute, de conduite des relations avec les assurés, mais elles ont été développées surtout en dehors de la caisse nationale, avez-vous la possibilité de les développer vous-mêmes ? Pensez-vous qu'il vous sera possible à la fois de vous investir dans cette nouvelle politique et d'obtenir les gains de productivité dont vous avez parlé ?

Pouvez-vous également nous dire ce que vous attendez des restructurations ? Jugez-vous le réseau de la CNAMTS adapté ? Quelle devrait être l'évolution du contrôle médical ? Quels gains de productivité escomptez-vous de la numérisation de la photo sur la carte SESAM-Vitale ?

M. Jean-Luc Prél : Nous souhaitons tous une meilleure utilisation des fonds publics afin d'aboutir à de meilleurs soins et à de meilleurs remboursements. Pour votre part, est-il vrai que vous attendez du dossier médical personnel 3,5 milliards d'économies d'euros en dix-huit mois ? Il convient par ailleurs de faire de gros efforts en ce qui concerne le service médical si l'on veut savoir si les soins sont utiles et comment ils sont dispensés. Comment comptez-vous contrôler les gros prescripteurs et les gros consommateurs ? Disposerez-vous de suffisamment de médecins pour cela ? S'agissant des affections de longue durée, j'ai cru comprendre qu'un contrat devait être passé entre le patient, le médecin traitant et le médecin de la caisse. Mais s'il y a effectivement huit millions d'affections de ce type, quand pourrez-vous passer tous les contrats et comment les suivrez-vous ? Par ailleurs, il est prévu dans le parcours de soins que l'accès direct aux spécialistes coûtera plus cher et sera moins bien remboursé. Comment pourrez-vous le contrôler et veiller à ce que le remboursement corresponde bien aux engagements souscrits ? Enfin, dans la mesure où vous êtes directeur de trois caisses, pouvez-vous nous dire ce que vous pensez de la gestion de chacune et comment il serait possible d'améliorer l'ensemble ?

M. Frédéric Van Rookeghem : Il n'y a pas de décalage entre le discours du président et le mien, et nous considérons l'un comme l'autre que l'enjeu principal est que l'assurance-maladie devienne un opérateur de gestion du risque efficace. Cela ne veut pas dire que les efforts de productivité doivent être abandonnés, mais qu'il va falloir les redéployer pour exercer plus efficacement ce nouveau métier. L'assurance maladie va être

confrontée à une mutation de sa culture d'entreprise et de ses métiers. La part des métiers dits de production, qui représentaient plus de 60 % des effectifs en 1999, devrait tomber à moins de 50 %, en particulier grâce à l'amélioration des conditions de la liquidation. Dans le même temps les métiers dédiés aux relations avec la clientèle devraient passer de moins de 10 % des effectifs à plus de 15 %, et les métiers liés à la régulation, qui revêtent une grande importance stratégique, devraient retrouver une place plus importante alors qu'ils occupent actuellement moins de 5 % des effectifs. Cette évolution sera au cœur de la prochaine COG.

L'assurance maladie a montré sa capacité de réaction en mettant en place en six mois, dans le cadre de l'opération du médecin traitant, un système de traitement de masse de 38 millions de déclarations nouvelles, tout en réduisant considérablement les coûts de gestion et sans embaucher de personnel. Il est donc possible de mobiliser le réseau autour d'un objectif clair. Aujourd'hui, la réforme confie de nouvelles compétences à l'assurance maladie, l'enjeu des années 2004-2006, c'est qu'elle se montre à la hauteur. Il faut donc modifier notre stratégie, et c'est ce que nous sommes en train de faire avec les nouvelles orientations sur la gestion du risque qui porteront, notamment, un développement des services dédiés aux assurés, en particulier en direction des plus gros consommateurs.

Je ne suis pas certain que le contrôle soit la réponse la plus appropriée aux patients qui souffrent d'affections de longue durée. Nous devons développer l'accompagnement en prévention primaire et secondaire, mettre en place de nouveaux protocoles et les gérer de façon active. C'est un véritable enjeu car il est vrai que nous avons devant nous huit millions de protocoles à réaliser et à suivre. De ce point de vue, les effectifs du service du contrôle médical ne sont vraisemblablement pas suffisants, d'autant que deux cents postes sont actuellement vacants. Il va donc falloir trouver les moyens d'insuffler une nouvelle dynamique à ce service, notamment pour clarifier ses métiers : accompagnement des assurés, relations avec les professionnels de santé, contrôle. De ce point de vue, la décision que nous avons prise d'annoncer à l'avance, chaque année, quels seraient les thèmes du contrôle confirme notre volonté de transparence.

Cette évolution stratégique majeure ne sera possible que si nous parvenons à des gains de productivité substantiels dans nos activités traditionnelles, dont le chiffre relève, aux termes de la réforme, du conseil de la CNAMTS. C'est donc essentiellement pour la liquidation que nous ne remplacerons qu'un départ en retraite sur deux, en profitant pleinement des effets de la dématérialisation, grâce à la généralisation de la carte SESAM-Vitale et à la scannérisation des feuilles de soins papier. Dans la mesure où nous enregistrons actuellement 2 000 départs chaque année et où nous devrions passer bientôt à 4 000, les effectifs devraient diminuer de 2 000 équivalents temps plein. Une partie de ces emplois et des gains de productivité devront être recyclés au profit des nouveaux métiers et des nouvelles compétences. À défaut, nous ne parviendrions pas à optimiser les dépenses de santé, ce qui passe aussi par le développement de notre fonction de régulation, actuellement insuffisamment assurée. Tel sera l'enjeu de la prochaine COG.

Les précédentes ont-elles été insuffisantes ? Je ne le crois pas. À partir de 1996 nous avons engagé l'assurance maladie et les autres branches dans une logique professionnelle de programmation pluriannuelle qui a permis progressivement de gagner en efficacité. Réduire les coûts n'est pas un objectif en soi, ce qui est important c'est que le service au public soit aussi efficace que possible.

M. Pierre Morange, coprésident : Cela semble sous-entendre une gestion administrative unique et une direction nationale des ressources humaines, capable de prendre en compte l'ensemble de ces mouvements.

M. Frédéric Van Roekeghem : La gestion des ressources humaines est déterminante pour les évolutions à venir. Aujourd'hui, la direction des ressources humaines est gérée, en liaison avec l'évolution du réseau, au sein d'une direction des opérations. Ce n'est pas une organisation bien efficace. Nous avons toutefois une vision globale de nos effectifs. Mais si la question est de savoir si le directeur de la CNAMTS a autorité sur la gestion des ressources humaines dans telle ou telle caisse primaire, la réponse est non. Nous avons des cadres dirigeants dans nos caisses et nous passons des contrats avec eux sur les évolutions, à partir de masses budgétaires. Cela donne des résultats. Ainsi, dans les grandes caisses parisiennes, le taux de remplacement est actuellement de 10 %, ce qu'aucun service de l'État ne serait capable de réaliser. Cela se fait sans mouvement social lourd, dans le cadre d'une négociation menée dans chacune des caisses. Les caisses parisiennes ferment des centres de production qui ne sont pas nécessaires et maintiennent des points d'accueil ; elles l'expliquent aux élus locaux et tout se passe de manière déconcentrée. Il faut donc trouver un bon équilibre entre le pilotage au niveau national, qui est indispensable pour réguler le monopole, et la capacité d'action au niveau local, qui permet parfois d'aller plus loin. C'est cet équilibre que nous recherchons.

M. Georges Colombier : Vous avez beaucoup insisté sur les suppressions de postes, mais pouvez-vous nous en dire davantage sur la réalisation d'objectifs communs à l'ensemble des caisses ?

M. Jacques Domergue : Vous avez utilisé un vocabulaire qui laisse penser que la gestion de l'assurance maladie va se rapprocher de celle d'une entreprise, ce qui n'est pas pour me déplaire car il faut en effet rationaliser son fonctionnement. L'application de la réforme est fondée essentiellement sur une modification des comportements des prescripteurs – qu'il sera bon que vos commerciaux aillent démarcher car les médecins ont souvent besoin qu'on leur tienne la main pour rédiger leurs prescriptions –, mais aussi des comportements des utilisateurs du système de santé, qui semblent plus difficiles à atteindre. Allez-vous utiliser les grands médias pour toucher nos 62 millions de compatriotes et lancer une campagne d'information à destination du grand public ? Il me semble que c'est ainsi que les Français se sentiront directement concernés par ce changement d'état d'esprit, on l'a vu avec la campagne précédente sur les antibiotiques.

Ma seconde question porte sur les relations entre l'UNCAM et les caisses primaires. Le classement de *L'Expansion* place certaines caisses en tête. Or, les conseils d'administration de ces caisses ne sont pas toujours en phase avec la direction et avec sa conception d'une gestion plus entrepreneuriale. Comment faire comprendre aux salariés et aux conseils d'administration qu'il faut changer de mode de gestion non pour faire des économies mais pour soigner au mieux les Français ?

M. Michel Régereau : Ce classement est distribué largement dans le réseau, mais le mensuel a omis de dire que l'assurance maladie travaillait à la fois sur les coûts et sur l'efficacité.

Il est vrai qu'il y a parfois conflit entre les conseils d'administration et la direction, parce que les premiers considèrent qu'on ne peut réduire les coûts tant que les objectifs de qualité, comme la réduction des délais d'attente et de paiement, ne sont pas atteints. C'est donc bien sûr cette question de l'efficacité qu'il peut y avoir débat. Dans les directives et dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) qui sont négociés entre la CNAMTS et les caisses locales figure l'ensemble de ces objectifs. Il s'agit bien de se préoccuper à la fois des coûts de gestion et du service rendu. Il serait en outre illusoire de vouloir tout gérer depuis Paris. On entraîne et on mobilise mieux les directions et les cadres si on leur laisse des responsabilités au sein d'un engagement collectif.

La réflexion, qui n'est pas encore engagée, sur la reconfiguration du réseau devra partir de la déclinaison régionale des objectifs nationaux pour être mise en oeuvre au niveau le plus pertinent, qui est d'abord le département.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous sommes satisfaits par ces grandes orientations, mais pourriez-vous étayer votre discours par des données précises sur les indicateurs d'activité que vous souhaitez mettre en oeuvre, qu'il s'agisse de la dématérialisation des feuilles de soins ou des mesures de simplification administrative ?

M. Michel Régereau : Nous avons en effet des objectifs chiffrés en matière de qualité : moins de vingt minutes d'attente pour 95 % des personnes qui se présentent à l'accueil, moins de trente secondes avant une réponse à un appel téléphonique. La caisse nationale vérifie chaque année si ces objectifs sont atteints et nous sommes pour l'instant en avance.

Je veux aussi revenir sur l'évolution des métiers, en fonction de la loi, mais aussi autour de la classification commune des actes médicaux (CCAM). Avec la tarification à l'activité, la caisse d'assurance maladie va mieux savoir ce qu'elle rembourse. Un pas considérable a déjà été franchi avec le codage en pharmacie, qui a permis de voir ce qui était délivré et d'agir. De même, avec la CCAM, on comprendra mieux quels actes techniques sont réalisés. Cela nécessite des travaux de statistiques, d'études et de cartographie. Ils sont en cours à propos des gros prescripteurs, des gros consommateurs, autour, en priorité, des objectifs fixés dans la convention qui a été signée avec les médecins. Pour avancer sur d'autres sujets comme les indemnités journalières, nous attendons que la Haute autorité de santé définisse plus précisément les protocoles, notamment en matière d'affections de longue durée.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Nous ne sommes pas ici pour parler de la politique de gestion du risque et de la maîtrise médicalisée mais, conformément aux missions de la MECSS, des outils. Il convient donc que nous revenions aux objectifs ainsi qu'aux financements dont vous avez besoin.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Comment voyez-vous la future COG ? Quels indicateurs nouveaux devrait-elle comporter ? Quelles méthodes de simplification demanderiez-vous à l'État ? Pensez-vous que le réseau actuel, qui date de 1945, et sa multitude d'échelons sont encore adaptés ? Avez-vous déjà une idée quant à d'éventuelles restructurations ? C'est sur ces questions précises que nous souhaitons vous entendre puisque notre mission doit traiter de l'organisation et des coûts de gestion des caisses et non de la maîtrise médicalisée.

M. Frédéric Van Roekeghem : Le travail de préparation de la prochaine COG va s'étaler sur plusieurs mois, en passant en revue l'ensemble de nos missions afin de voir quels outils et quel format de réseau sont les mieux à même de nous permettre de les remplir. Il m'est donc quelque peu difficile d'anticiper sur les résultats des travaux à venir. En octobre, nous disposerons d'orientations sur l'évolution du réseau qui tiendront compte des cahiers des charges pour la gestion des risques et pour les relations avec les usagers, en particulier en ce qui concerne l'hospitalisation et le médicament. Mais on peut d'ores et déjà tracer un certain nombre de pistes. En particulier, une gestion plus entrepreneuriale de l'assurance maladie est nécessaire pour lui permettre de développer ses compétences d'assureur en santé. Cela signifie qu'il faudra dégager des enveloppes financières importantes pour rénover notre système d'information. L'audit mené par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) montre qu'il faudra investir 1,1 milliard d'euros en quatre ans pour transformer un système trop peu réactif et trop segmenté, qui n'offre pas de

connexion, par exemple, entre les logiciels médicaux et administratifs. L'informatique est un investissement indispensable à toute modernisation.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Si je comprends bien, vous escomptez 200 millions d'euros d'économies de la réduction de la masse salariale, tandis que la modernisation de l'informatique devrait coûter 1,1 milliard.

M. Frédéric Van Roekeghem : Nous avons besoin d'un système d'information très évolué. Je prends un exemple : lorsque le service du contrôle médical refuse une entente préalable, il faut le notifier aux services administratifs, mais il n'y a pas de lien informatique entre les systèmes et l'on n'est pas certain qu'une deuxième demande ne serait pas acceptée. Ce sont des problèmes simples mais qui nécessitent un traitement informatique approfondi.

M. Pierre Morange, coprésident : On peut quand même s'étonner que de telles réflexions de bon sens n'aient pas été faites plus tôt. Par ailleurs, la gestion très lourde des indemnités journalières fait partie des fameux indicateurs d'activité et nous aimerions qu'on nous fournisse des informations sur ce sujet, comme sur un certain nombre d'autres, en particulier l'absentéisme du personnel.

M. Frédéric Van Roekeghem : Vous m'avez interrogé également sur les mesures de simplification. Le service du contrôle médical est en partie bloqué par la nécessité de délivrer des ententes préalables sur des dossiers qui ne sont pas prioritaires au regard des enjeux et des dépenses. Il faut donc que nous ayons la possibilité de proposer rapidement, dans la future COG, des dispositifs permettant d'alléger les contraintes qui pèsent sur ce service et de le recentrer sur le suivi des patients. Ce travail est en cours. Dans le même esprit, j'étais hier à la caisse de Bordeaux, où l'on m'a confirmé que les procédures internes qui nous sont imposées par la réglementation devaient être allégées pour gagner en efficacité. Il y aura donc une partie relative à la réglementation dans nos propositions de simplification.

M. Pierre Morange, coprésident : Les dernières mesures dépendent-elles de vous-même, de l'exécutif ou du législatif ?

M. Frédéric Van Roekeghem : Une grande partie relève de l'exécutif, qu'il s'agisse de notre organisation générale ou du service du contrôle médical, encore régi par des textes réglementaires. Nous devons, dans les mois qui viennent, récapituler l'ensemble des points que nous souhaitons voir évoluer.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Avez-vous l'intention, parallèlement, de demander une modification du fonctionnement hiérarchique au sein de l'assurance maladie, y compris pour le contrôle médical ? Demanderez-vous, de même, une modification de l'empilement, du périmètre, de la structure de l'ensemble caisse nationale, caisses régionales, caisses primaires ?

M. Frédéric Van Roekeghem : Nous aurons à ce propos un débat avec le conseil de la caisse nationale et le gouvernement, mais il me semble que l'existence d'un nombre important de caisses n'empêche pas des gains de productivité, on l'a vu en 2004 et en 2005. Ce qui pose problème, c'est plutôt la mise en cohérence, notamment au niveau régional, de l'ensemble des acteurs de l'assurance maladie, en ce qui concerne, par exemple, l'offre de soins hospitaliers.

Faut-il réduire le nombre de caisses ? Il est vrai qu'elles sont très nombreuses dans certains départements, on en compte ainsi neuf dans le Nord. Nous n'écartons pas cette

possibilité. On peut s'inspirer de ce qui a été fait pour le réseau de recouvrement, notamment entre les URSSAF d'Arras et de Douai. Il faudra choisir entre un renforcement de la coordination, avec le maintien d'un grand nombre d'organismes pour des raisons historiques, et des rapprochements et une mutualisation qui nous permettraient de gagner en efficacité.

S'agissant de la hiérarchie et du commandement, vous avez vu que nous jugeons important de donner une gestion plus entrepreneuriale à l'assurance maladie. De ce point de vue, la nomination des directeurs des caisses primaires et régionales par le directeur de la caisse nationale est un élément de management. Notre vision n'est pas administrative, une entreprise de 100 000 personnes ne fonctionne pas comme cela. Nous voulons disposer de cadres dirigeants responsables dans le cadre d'une politique et d'une stratégie clairement affichées, définies par le conseil et mises en œuvre par l'exécutif.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Il reste encore quelques incohérences. Que pensez-vous, par exemple, des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) ?

M. Frédéric Van Roekeghem : Il est vrai que la réforme les a laissées de côté parce qu'il s'agissait de modifier l'architecture de la branche maladie et que ce sont des organes mixtes, qui travaillent en partie pour l'hospitalisation en liaison avec les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), en partie pour la branche accidents du travail, et en partie pour la vieillesse. Nous voulons utiliser leurs compétences pour développer une politique cohérente au niveau de l'UNCAM en tant qu'acheteur de soins puisque 40 % des dépenses d'assurance maladie sont hospitalières et que 10 % sont consacrées aux établissements médico-sociaux. Il faudra mettre en cohérence la réforme de l'assurance maladie et la gestion des CRAM, mais cela se fera plus facilement quand on aura homogénéisé la gestion des différentes branches.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous aimerions vivement, afin de pouvoir en suivre la mise en œuvre effective, avoir connaissance de la liste des mesures de simplification administrative que vous proposerez.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : La certification ISO des caisses, qui marquerait un progrès, fait-elle partie de vos objectifs ?

Mme Marie-Renée Babel, directrice déléguée aux ressources et au réseau : La certification de toutes les caisses primaires sera achevée le 30 juin. La procédure commence cette année pour les caisses régionales et les centres informatiques.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Comment envisagez-vous l'évolution de l'offre médicale de l'assurance maladie, dans un contexte de pénurie de personnels médicaux ?

M. Michel Régereau : La restructuration de l'offre de soins est récente et on n'a sans doute pas achevé l'analyse de cette réorientation. Les unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM) ont été regroupées sur une douzaine de régions. Il est envisagé d'axer les établissements sur les soins de suite et la réadaptation, secteurs pour lesquels on manque cruellement de lits. Mais bouleverser le système perturberait les équipes et dégraderait le climat social.

M. Pierre Morange, coprésident : Mais une réflexion est-elle en cours sur la répartition des compétences entre le médical et le social au sein de la nouvelle architecture ?

M. Michel Régereau : La restructuration est simple. Les établissements s'orientent vers un certain nombre de spécificités, certains étant axés sur les soins, d'autres sur le médico-social. Au bout du compte, il faudra regarder, en fonction des compétences de chaque établissement, quel est le bon interlocuteur, ARH ou conseils généraux.

Nos conseils sont très attachés à l'action sociale et nous savons que, même si nous renforçons la prise en charge, les textes ne régleront jamais tout. Ainsi, les centres communaux d'action sociale doivent intervenir au cas par cas. Il faut donc préciser des critères d'action sociale pour lesquels le directeur a pleine compétence, mais aussi prévoir un regard des conseils sur les aides individuelles, ce qui leur permettrait également de constater les difficultés juridiques et politiques et d'alimenter ainsi la réflexion de l'assurance maladie.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Vous avez insisté sur les gains de productivité dans les métiers traditionnels de la liquidation et de la production. Pourquoi n'avez-vous pas jugé utile d'introduire dans la nouvelle convention médicale une obligation de télétransmission pour les professionnels de santé ?

Mme Paulette Guinchard-Kunstler : J'ai bien entendu ce que vous avez dit sur la nécessité de définir les responsabilités des uns et des autres. Pour ma part, je suis persuadée qu'on trouvera le bon dispositif si on évalue correctement ce qui se passe. Je souhaite donc savoir quels mécanismes d'évaluation sont prévus au niveau national et local.

M. Frédéric Van Rookeghem : Je crois que ce n'est pas en contraignant les professionnels de santé qu'on améliorera le taux de télétransmission. Ils se sont engagés, dans la convention médicale, à augmenter ce taux de 5 % par an. Aujourd'hui, si les généralistes télétransmettent assez largement, avec un taux de 80 %, ce n'est pas le cas des spécialistes, pour lesquels le taux tombe à 60 %. Tout l'enjeu de la maîtrise médicalisée est de parvenir à convaincre les professionnels qu'ils doivent coopérer avec l'assurance maladie. S'il n'y a pas de résultats, nous pourrions dire qu'ils ne coopèrent pas et proposer d'autres mesures.

M. Pierre Morange, coprésident : Il faudrait disposer des informations en fonction des différents types de prescripteurs et de leur statut. Enregistre-t-on le plus mauvais taux de télétransmission dans le secteur libéral, dans les établissements publics ou dans les établissements privés ? Quels sont les obstacles administratifs à l'amélioration de ce taux ?

M. Frédéric Van Rookeghem : Nous vous fournirons cette répartition ultérieurement. Nous sommes encore, pour un temps sans doute assez bref, dans une période de montée en puissance de l'incitation à la télétransmission. Quand nous serons parvenus à plus de 80 %, nous pourrions rechercher la généralisation par des mesures obligatoires, notamment pour éviter les fraudes. Mais, pour l'instant, mieux vaut inciter que contraindre.

Mme Marie-Renée Babel : S'agissant des établissements sanitaires et sociaux de l'assurance maladie, les critères d'évaluation sont regroupés dans des contrats d'engagement. Les indicateurs retenus sont liés à l'activité et à la qualité des soins. Nous y ajouterons cette année des indicateurs liés aux différents champs de la maîtrise médicalisée, car nous souhaitons que nos établissements s'engagent dans ce domaine.

M. Pierre Morange, coprésident : Mais comment faire la part, dans l'évaluation, entre le médical et le social ?

Mme Paulette Guinchard-Kunstler : On a dit qu'il était important de voir, dans le secteur médico-social, quelle est la place des conseils généraux, des CRAM, des caisses. Mais il est évident qu'il faut traiter la question du lien entre médical et médico-social et que les responsabilités sont plutôt moins clairement établies depuis les lois de décentralisation. Pour savoir qui est le chef de file et qui exerce les responsabilités, on a besoin d'une évaluation. Je souhaite donc savoir de quels dispositifs vous vous dotez pour la mener.

M. Frédéric Van Roekeghem : Pour l'analyse de l'offre de soins dans les territoires, y compris pour les établissements de l'assurance maladie, le pivot est l'ARH. Pour notre part, notre métier est plutôt celui de gestionnaires de risques mais il se trouve qu'à travers les UGECAM, nous sommes aussi opérateurs. Cela étant, quand on voit que nous sommes, par le biais de l'UGECAM d'Alsace, propriétaires d'un centre de médecine-chirurgie obstétrique situé à quelques mètres du CHU, on se dit qu'il est effectivement nécessaire de rationaliser pour obtenir de meilleurs résultats.

M. Pierre Morange, coprésident : Madame, Messieurs, je vous remercie.

*

**Audition de Mme Danièle Karniewicz, présidente du conseil d'administration
de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)
et de M. Patrick Hermange, directeur**

M. Pierre Morange, coprésident : Madame, Messieurs, je vous remercie de vous être rendus à l'invitation de la MECSS et donne d'entrée de jeu la parole à notre rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Je vous remercie, à mon tour, de votre présence ce matin. Vous êtes en train de négocier la future convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche vieillesse du régime général pour 2005-2008, qui intégrera à la fois les tâches nouvelles liées à la réforme des retraites et l'augmentation de la productivité. La Cour des comptes a fait un bilan mitigé de la précédente COG, et la comptabilité analytique dont vous êtes maintenant dotés fait apparaître un accroissement des coûts de production, notamment du fait des coûts de personnel. Quels seront, sachant cela, vos objectifs de performance et de productivité ? Comment remédier aux défauts des COG précédentes ? Quels nouveaux indicateurs introduire ? Et quelle échéance est prévue pour la signature de la convention ?

Mme Danièle Karniewicz : Nous venons d'achever la COG 2001-2004, qui était orientée avant tout vers la qualité du service rendu et vers la proximité. Bilan « mitigé » ? Il faut tout de même rappeler que les évolutions législatives intervenues durant ces quatre années ont été très importantes, et ont constitué une charge considérable : le passage à l'euro, les 35 heures, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la réforme des retraites. Et cette dernière a dû s'appliquer très vite, avec des décrets d'application dont certains sont sortis au tout dernier moment.

M. Patrick Hermange : Nous avons naturellement lu avec beaucoup d'attention les analyses et les recommandations de la Cour des comptes, et si la nouvelle COG a été bâtie en tenant compte de ce bilan « mitigé », je souhaite néanmoins le remettre en perspective, au regard de deux éléments principaux.

Tout d'abord, il n'est pas facile de faire des progrès de productivité importants quand 70 % des dépenses sont des dépenses de personnel, un personnel dont il est difficile, qui plus est, de se séparer. C'est pourquoi la convention 2001-2004 a surtout recherché

l'amélioration, d'ailleurs reconnue par la Cour des comptes, de la qualité du service, ainsi que la construction d'instruments et de politiques ayant vocation à dégager dans un deuxième temps des progrès de productivité, notamment par la dématérialisation du transfert des données sociales des entreprises et la modernisation des supports informatiques, le tout dans un contexte où très peu de nos employés sont partis à la retraite.

Ensuite, la branche a su prendre en charge la réforme des retraites, et notamment sa mesure-phare : les départs anticipés avant soixante ans pour les longues carrières. A moyens à peu près équivalents, puisqu'un certain nombre de créations d'emplois avaient été accordées, la branche a accru sa production de 25 %. Au total, les progrès de productivité ont été évalués à 14 % pour la période 2001-2004.

Quels sont nos objectifs de performance ? Ceux de la nouvelle COG, adoptée par le conseil d'administration au début de mars, sont davantage tournés vers les progrès de productivité. Nous avons une fenêtre d'opportunité majeure, avec 1 600 départs à la retraite prévus dans les prochaines années sur un effectif de 13 700, pour mettre en œuvre les chantiers élaborés en 2001-2004, qui devraient amener des gains non négligeables, avec une progression prévue de la charge de travail de 16 % sur quatre ans. Nous avons regardé avec beaucoup d'attention les constatations de la Cour des comptes, qui a mis en relief, et nous adhérons à cette analyse, la place sans doute insuffisante des progrès de productivité dans la précédente convention. C'est dans ce contexte que nous avons densifié à la fois les politiques mises en place et le nombre d'indicateurs chiffrés relatifs à cette notion.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous entendons bien tout ce que vous nous dites, mais y a-t-il, *in fine*, des objectifs précis et chiffrés ? En matière de remplacement des départs à la retraite, par exemple ? De coût de liquidation par pension ? Quels objectifs vous donnez-vous, compte tenu à la fois des complexités liées à la diversification des parcours professionnels et des possibilités ouvertes par la dématérialisation des données et l'informatisation des processus ?

M. Patrick Hermange : Pour la liquidation, qui est notre cœur de métier, la nouvelle COG prévoit des progrès annuels de productivité de 2,5 %, soit environ 10 % en quatre ans. Pour la collecte des données sociales auprès des entreprises, autre cœur de métier de la branche, les progrès prévus sont plus importants encore, de l'ordre de 6,5 % de plus.

M. Pierre Morange, coprésident : Et pour les départs à la retraite ?

M. Patrick Hermange : Nous en prévoyons, je parle sous le contrôle de M. André Fito, quelque 1 600 au total en 2005-2008. Mais il faut savoir que la progression de l'activité, évaluée à 16 % comme je l'ai dit à l'instant, connaîtra une « bosse » importante en 2005-2006, liée à la montée en puissance du droit à l'information, c'est-à-dire à l'abaissement de 58 à 54 ans de l'âge où nous devons donner aux assurés des estimations de leurs droits à pension. Afin de faire face à ce surcroît d'activité au cours de ces deux années sans augmenter nos effectifs permanents, nous avons prévu trois dispositifs.

La précédente COG nous autorisait à créer 1 200 emplois supplémentaires en 2003-2004, pour anticiper le « papy-boom » ; ces emplois sont consolidés. En second lieu, 300 autres postes seront créés en 2005, dont 60 nous ont d'ailleurs été accordés par la tutelle dès la fin de 2004 à la suite de l'intervention du conseil d'administration, soucieux des difficultés de mise en œuvre de la réforme des retraites. Enfin, nous avons prévu, pour faire face au pic d'activité de 2005-2006, l'embauche de 30 personnes sur CDD ; le conseil d'administration ne nous a pas suivis, et a choisi une autre option, que Mme la Présidente va vous exposer.

Mme Danièle Karniewicz : Nous avons préféré, s'agissant d'emplois forcément limités dans le temps, embaucher trois cents seniors. Il nous a semblé que nous devions saisir cette occasion, que c'était à nous de le faire, mais cela n'a pas été facile.

M. Pierre Morange, coprésident : Des seniors de quel âge ? Et qui avaient suivi quel parcours professionnel ?

Mme Danièle Karniewicz : Entre 55 et 57 ans. Les former ne sera pas facile, car la liquidation est un métier très particulier, mais c'est une raison de plus pour investir dans une formation de quelques mois pour des gens qui vont travailler plusieurs années, et non pas le temps d'un CDD. Cela nous a paru important que la branche vieillesse favorise l'emploi des seniors.

M. Pierre Morange, coprésident : Et quel sera le taux de remplacement des départs à la retraite ?

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Pour ma part, je souhaite savoir comment se répartissent, par grandes familles de métiers, vos 13 700 employés.

Par ailleurs, je crois qu'en Île-de-France vous faites directement la liquidation, sans passer par la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) comme dans les autres régions. Pourquoi ? Est-il envisageable de procéder de la même façon ailleurs ? Est-ce que cela vous coûte plus cher, ou est-ce l'inverse ? Bref, quelle est votre articulation avec les CRAM, et quel jugement portez-vous sur cette articulation ?

M. Pierre Morange, coprésident : Et quel est le coût de liquidation d'une retraite ?

M. André Fito : Ce coût est de 6,05 euros en 2005 et devrait être de 5,30 euros en 2008. Cela fait partie de nos indicateurs.

S'agissant du taux de remplacement, nous aurons, au 31 décembre 2008, 285 personnes de moins qu'au 31 décembre 2004. Nous allons commencer la période de quatre ans avec plus de recrutements que de départs, et nous l'achèverons avec un taux de remplacement compris entre 50 et 60 %.

M. Patrick Hermange : De 14 926 personnes en 2005, les effectifs passeront à 14 393 en 2008, compte tenu de la « bosse » d'activité que j'évoquais il y a un instant.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Quelle est la répartition par métiers ?

M. André Fito : En 2004, sur 14 246 personnes, 933 travaillaient au traitement des déclarations annuelles des données sociales des entreprises ; elles seront 791 en 2008, soit environ 15 % de moins.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Ces déclarations vous arrivent-elles sur papier ou par transmission électronique ?

M. André Fito : La moitié des déclarations nous sont transmises par l'Internet, l'autre moitié sur papier ou support magnétique. Mais la dématérialisation concerne les trois quarts des salariés, étant donné que ce sont surtout les petites entreprises qui recourent encore au support papier.

Le droit à l'information, qui comprend notamment les rectifications et réclamations, devrait occuper 234 personnes en 2008. Les retraites proprement dites, c'est-à-dire la

régularisation des carrières, la liquidation des droits, le contrôle et le versement des prestations, occupent 9 226 personnes, qui seront 9 557 en fin de COG, soit 3,6 % de plus. L'action sociale, 424 personnes, qui ne seront plus que 394, les processus transversaux, 2 076 personnes, qui ne seront plus que 1 926, soit 7 % de moins. L'informatique, 778 personnes en 2004 et 628 en 2008, soit une diminution de 19 %, grâce à la concentration des centres de traitement. Enfin, les fonctions nationales occuperont 818 personnes au lieu de 780, soit une hausse de 4,9 %.

M. Pierre Morange, coprésident : De quoi s'agit-il ?

M. André Fito : Du rôle de tête de réseau joué par la CNAMTS : gestion budgétaire, une partie de la comptabilité, de l'informatique, *etc.*

M. Pierre Morange, coprésident : Quelle est votre réflexion sur les 394 postes prévus pour l'action sociale en 2008 ?

M. Patrick Hermange : Ce volume d'emplois est à mettre en regard des orientations de la nouvelle COG, dont un chapitre particulier tire les conséquences de la création de l'APA, désormais confiée aux conseils généraux, tandis que nous-mêmes nous occupons davantage des personnes en faible perte d'autonomie, avec une forte politique de prévention, des partenariats renforcés avec les conseils généraux, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ou les coordinations gérontologiques, de la fonction d'évaluation des besoins globaux de la personne, ainsi que du maintien d'une aide non négligeable à la modernisation des établissements et à la diversification des lieux d'accueil. Tout cela requiert tout de même un certain volume de personnel, même si l'informatisation et le recours à l'Internet permettent des gains de productivité.

M. Pierre Morange, coprésident : Je voudrais revenir à la question précise posée par M. Jean-Marie Le Guen sur l'Île-de-France et sur vos liens contractuels avec les CRAM des autres régions. Et je voudrais aussi faire le lien avec celle posée par Mme Paulette Guinchard-Kunstler lors de l'audition précédente, sur la frontière entre le médical et le social, qui sera d'ailleurs le troisième thème de réflexion de la MECSS. Il est important en effet de clarifier les choses, et ce sans contester la compétence des uns ou des autres, mais tout simplement pour rationaliser les moyens et pour rendre le système plus lisible, aussi bien par le citoyen qui le finance que par celui qui en bénéficie.

M. Patrick Hermange : Historiquement, la CNAVTS est également caisse régionale pour l'Île-de-France pour le traitement des retraites. C'est un sujet qui fait débat depuis de nombreuses années, notamment au conseil d'administration, mais mon expérience de directeur général me fait dire que le fait que la caisse nationale soit opérateur sur le terrain est loin d'avoir des effets négatifs, bien au contraire. Il s'agit certes d'une lourde charge pour les 4 000 agents de la caisse nationale, mais j'y vois un avantage considérable : cela nous donne une plus grande légitimité pour dialoguer avec les caisses régionales, car nous savons ce que c'est que d'être opérateur nous-mêmes, nous savons ce qu'il est possible de leur demander de mettre en œuvre sur le terrain et où sont les difficultés. C'est une originalité dans l'architecture de la sécurité sociale française, j'en conviens, mais ce n'est pas un handicap, loin de là. Et c'est sans doute une source d'économies.

M. Pierre Morange, coprésident : Dans ces conditions, pourquoi ne pas généraliser ce système aux autres régions, au nom de l'efficacité, de la rationalisation ? Ou faire l'inverse, pour ceux qui estiment que la caisse nationale doit avoir plus de distance par rapport au terrain ? J'aimerais que Mme la Présidente nous donne son point de vue.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Je voudrais que nous parlions de votre réseau. Vous auriez, semble-t-il, un peu plus de 2 000 structures de proximité. Avez-vous une stratégie de restructuration ou de réorganisation de votre implantation territoriale ?

D'autre part, si la liquidation des retraites, qui est votre métier principal, est plutôt centralisée, vous faites également de l'action sociale, dont la compétence appartient désormais essentiellement aux conseils généraux. Quelles relations vos antennes locales entretiennent-elles avec eux ? Et est-il indispensable que vous conserviez des antennes locales ?

M. Patrick Hermange : J'ai dit que ce n'était pas un handicap d'être à la fois caisse nationale et caisse régionale, je n'ai pas parlé du réseau lui-même. J'estime que sa structure actuelle, avec des caisses régionales en nombre limité - seize en métropole, plus quatre caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer - est une bonne architecture, performante, et facile à gérer. Nous réunissons tous les deux mois les directeurs de caisses régionales, et nous avons en outre des réunions thématiques avec leurs collaborateurs. Cela permet un management très rapproché.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Mais pourquoi ces seize caisses ne sont-elles pas intégrées à la CNAVTS ? Quel intérêt y a-t-il à ce que ce soient des caisses d'assurance maladie qui s'occupent de retraites ? Autrement dit, pourquoi la CNAVTS ne fait-elle pas partout ce qu'elle fait en Île-de-France ?

M. Patrick Hermange : Il serait tout à fait envisageable de créer des caisses régionales d'assurance vieillesse (CRAV). Il en existe d'ailleurs une en Alsace-Moselle.

M. Pierre Morange, coprésident : Même sans créer quoi que ce soit, pourquoi ne pas simplement étendre le dispositif actuel, en reprenant les compétences actuellement assumées, dans les régions, par les CRAM, au titre du parallélisme des formes et de la lisibilité du système ? Y a-t-il, au sein de la CNAVTS, une réflexion sur ce sujet ?

M. Patrick Hermange : Nous n'envisageons pas une gestion centralisée au niveau national de l'ensemble du régime général d'assurance vieillesse. Nous considérons que le fait de s'appuyer sur des caisses régionales est une bonne chose. Est-il légitime ou non que ces caisses régionales soient, comme c'est le cas depuis trente ou quarante ans, des caisses d'assurance maladie ? Il serait tout à fait légitime de créer des CRAV, et cela donnerait assurément au système la lisibilité dont il manque, mais le fait que les CRAM assurent plusieurs fonctions génère des synergies utiles, et non négligeables, pour la branche vieillesse. La première illustration, importante, en est la politique d'action sociale des CRAM, qui permet de faire le lien entre le sanitaire et le social. Le directeur régional de la CRAM, rappelons-le, est aussi vice-président de l'ARH, et siège dans de nombreuses instances sanitaires. Et l'on sait combien les politiques menées en direction des personnes âgées souffrent, et ce depuis longtemps, de la coupure entre le social et le sanitaire.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Quelles sont les sommes affectées par l'assurance vieillesse à l'action sociale ?

M. Patrick Hermange : Environ 2,5 milliards de francs, soit 375 millions d'euros.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Dès lors que l'essentiel de l'action médico-sociale en direction des personnes âgées est du ressort des conseils généraux, avec une articulation éventuelle avec les municipalités et un financement possible par la future

caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), quelle est la valeur ajoutée de l'action sociale de la CNAVTS, mis à part le fait qu'elle apporte de l'argent ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : J'ai une question complémentaire sur le nombre d'antennes locales dans l'hexagone, qui semble relativement important ?

M. Pierre Morange, coprésident : On peut aussi s'interroger sur la notion de synergie, qui conduit souvent à justifier une action par le fait qu'elle est conduite selon un mode opératoire différent. Je reviens à ma question : pourquoi ne pas généraliser ce qui se fait en Île-de-France ? Quelle est la pertinence de l'intervention des CRAM dans la liquidation des pensions ? Et s'agissant plus généralement des relations entre le sanitaire et le social, il demeure que la multiplicité des acteurs - conseils généraux, CNSA, assurance maladie - pose quand même problème.

Mme Danièle Karniewicz : Je ne comprends pas très bien ce que vous entendez par « généraliser » la structure nationale : s'agirait-il de créer des directions régionales ?

M. Pierre Morange, coprésident : La question est simple : pourquoi les retraites ne sont-elles gérées par l'assurance vieillesse elle-même qu'en Île-de-France, et dans les autres régions par l'assurance maladie ?

Mme Danièle Karniewicz : Il y a un besoin de proximité, de structures d'accueil des assurés. C'est évident.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Nous ne nous situons pas dans une perspective de régionalisation ni de projection sur le terrain. Nous demandons simplement pourquoi l'assurance vieillesse ne gère pas directement ses propres prestations dans toute la France ? Si vous le faisiez, est-ce que cela vous fait gagner en légitimité, en efficacité, en productivité ? Ou est-ce qu'au contraire tout le système serait frappé d'embolie ? Ou est-ce qu'il s'agit en fin de compte d'une question purement politique, liée à l'histoire ?

Mme Paulette Guinchart-Kunstler : Je suis impressionnée, pour ma part, par le grand nombre de cabinets de consultants qui s'installent, partout en France, sur le créneau de l'assistance à la liquidation de la retraite. Est-ce que cela vous a amenés à réfléchir à la complexité du système, qui est une grande source de préoccupation pour les gens ? Et est-ce que, sur un plan plus terre-à-terre, l'activité de ces cabinets, que je vois sans arrêt en train de téléphoner aux caisses, vous donne du travail en plus ? Je voudrais également savoir, comme M. Jean-Marie Le Guen et M. Pierre Morange, si une liquidation organisée nationalement serait plus économique, sachant que la proximité n'est pas forcément synonyme d'efficacité, compte tenu des possibilités offertes par l'Internet.

Deuxièmement, et je sais que c'est une question à laquelle vous êtes sensibles, le lien entre le médical et le social est, de toutes les questions relatives à l'organisation de notre protection sociale, l'une des plus importantes, peut-être même la plus importante, ne serait-ce qu'à cause de la prévention, qui ne sera jamais organisée de façon satisfaisante tant que cette question ne sera pas traitée. Vos liens avec les CRAM illustrent d'ailleurs cette question, tout comme, dans le sens inverse, votre politique d'action sociale. Or il n'y a pas de lieu prévu pour des décisions prises en commun. Je lis dans la COG qu'il y a une logique de partenariat, notamment dans le domaine de l'action sociale, mais y a-t-il une réflexion de votre part sur les liens, au niveau local notamment, entre le social, le sanitaire, le médico-social ?

La caisse d'allocations familiales (CAF) a la chance extraordinaire d'être seule à décider dans le champ de la petite enfance. On a voulu faire des « contrats personnes âgées » sur le modèle des contrats petite enfance, mais on s'est heurté à la multiplicité des structures. Ce qui manque, c'est d'une part une logique de recherche de la connaissance, que la CNAVTS a mais qu'il reste à démultiplier sur le terrain, et d'autre part un lieu où seraient organisées les politiques. Je voudrais que vous nous expliquiez ce sur quoi vous achoppez.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : C'est une question qui relève plutôt du troisième thème de réflexion de la MECSS.

J'envisagerai, pour ma part, les choses d'une façon pour ainsi dire transversale : quel intérêt y a-t-il à ce qu'il y ait dans les CRAM, hors Île-de-France, des dispositifs qui pourraient être chez vous ? Vous avez argué de la coordination entre le médical et le social. Mais quel intérêt y a-t-il, indépendamment de l'affectation des sommes, à cette multiplicité d'intervenants sur des prestations qui devraient être coordonnées ?

Mme Danièle Karniewicz : La notion de proximité est fondamentale. Le besoin des assurés, aujourd'hui, n'est pas d'accéder à l'Internet, mais de disposer de points d'accueil, avec des gens en face d'eux qui traitent leur dossier, depuis le moment où ils viennent exposer leur problème jusqu'à la liquidation complète des droits. Quant aux liquidateurs privés, qui sont nombreux c'est vrai, ils aident les gens à faire le point entre le régime général et les complémentaires, et entre les régimes privés et publics pour ceux qui ont des carrières mixtes. Tout cela sera résolu quand sera mis en place le droit à l'information des assurés, droit qui sera assuré à chacun par le dernier régime auquel il aura été affilié. Mais le besoin de proximité est fondamental.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous ne le contestons pas, mais notre question n'est pas celle-là. Pourquoi l'organisation qui vaut pour l'Île-de-France ne vaudrait-il pas ailleurs ? Quant à la frontière entre le médical et le social, fait-elle l'objet d'une réflexion au sein de votre branche, ainsi qu'avec les CRAM, et si oui, dans quel délai est-il prévu qu'elle aboutisse ?

Mme Danièle Karniewicz : Ma réponse portait sur la liquidation, mais s'agissant du médico-social, il y a des instances territoriales de coordination, dont nous faisons d'ailleurs partie, entre l'action sociale et l'action médicale.

M. Pierre Morange, coprésident : Ma question portait surtout sur l'étage régional, sur l'application possible à toute la France du modèle en vigueur en Île-de-France.

M. Patrick Hermange : Le mode de traitement des dossiers est exactement le même en Île-de-France et ailleurs : décentralisation et proximité. Il n'y a pas de processus spécifique à l'Île-de-France.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Combien de personnes sont chargées de la liquidation des retraites en Île-de-France ?

M. André Fito : 1 200 personnes.

M. Patrick Hermange : J'insiste sur le fait que le mode d'organisation est le même.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Alors, pourquoi ne pas faire les choses de la même façon dans les autres régions ?

Mme Danièle Karniewicz : Je ne comprends pas l'angle de la question.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : C'est très simple, n'y voyez pas malice. J'entends bien que les dossiers sont traités et que les gens touchent leur retraite, mais pourquoi est-ce fait par les CRAM plutôt que par l'assurance vieillesse ?

M. Pierre Morange, coprésident : Pourquoi n'appliquez-vous pas les principes établis par l'ordonnance de 1967 ?

M. Patrick Hermange : Nous pourrions le faire, et reprendre toute la gestion des retraites sous notre autorité. Mais pour cela, il nous faudrait des points d'appui, créer des caisses régionales d'assurance vieillesse, des directions régionales de la CNAVTS.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Quels seraient les avantages et les inconvénients, selon vous, de cette solution ? Est-ce une recommandation que vous nous faites, ou attendez-vous que le Parlement dise son mot sur le sujet ?

Mme Danièle Karniewicz : L'avantage que j'y vois serait d'assurer une meilleure lisibilité, je le dis depuis le début.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous sommes heureux d'avoir enfin une réponse à la question que nous posons depuis un certain temps déjà.

Mme Danièle Karniewicz : Par contre, il faut aussi une certaine complémentarité d'action, qui devrait alors être organisée autrement, entre le sanitaire et le social. Mais cela ne veut pas dire que l'on ne peut pas le faire.

M. Pierre Morange, coprésident : Ce n'est pas contradictoire. Mais nous enregistrons le fait que cela vous paraît plus lisible et plus cohérent.

Mme Danièle Karniewicz : Plus lisible, certainement. Plus cohérent, pas forcément.

M. Jacques Domergue : On gagnerait certainement en lisibilité, mais en moyens humains ?

M. Patrick Hermange : Sans doute pas, car l'un des avantages de l'organisation actuelle est de mutualiser certaines fonctions transversales, comme les paiements, la comptabilité, la gestion des ressources humaines.

M. Georges Colombier : Il y a quelque chose qui m'échappe. Vous avez dit qu'il y avait 13 700 salariés, et une chance à saisir avec le départ de 1 600 personnes à la retraite d'ici à 2008. Mais ensuite, vous avez fait état de 14 926 salariés en 2005, et de 14 393 en 2006. Cela signifie-t-il que les départs seront compensés par des embauches, éventuellement dans d'autres métiers, auquel cas il n'y aurait pas réduction des effectifs ?

M. Patrick Hermange : Il y aura des restructurations importantes. Dans certains secteurs, les départs ne seront pas compensés, alors qu'ils le seront, parfois même au-delà, dans ce qui est notre cœur de métier.

M. André Fito : Au total, les effectifs seront réduits en fin de période, c'est-à-dire en 2008.

Mme Danièle Karniewicz : Vous semblez conclure que nous serions d'accord pour créer des caisses régionales d'assurance vieillesse. Nous avons reconnu que la lisibilité y gagnerait, mais non pas que les coûts en seraient abaissés. Je suis même persuadée du contraire, sans pouvoir vous dire de combien.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous avons aussi noté que vous aviez reconnu que la lisibilité serait plus grande. Le coût est une autre question, qui fait d'ailleurs partie des réflexions de la MECSS.

Madame, Messieurs, nous vous remercions.

*

Audition de Mme Nicole Prud'homme, présidente de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), et de M. Philippe Georges, directeur général

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous remercie de vous être rendus à notre invitation. L'objet de la MECSS, je le rappelle, est de réfléchir à la rationalisation et à l'optimisation des moyens des différentes branches de la sécurité sociale, en procédant par questions et réponses précises plutôt qu'en se livrant à de longues considérations de politique générale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Je vous remercie également d'être venus ce matin. Vous avez reçu il y a quelques mois le rapport de la Cour des comptes, qui a évalué votre convention d'objectifs et de gestion (COG) pour 2001-2004 et révélé une légère dégradation des indicateurs de gestion, ainsi que l'absence de comptabilité analytique, et donc de possibilité d'évaluer les gains de productivité. Vous êtes en train de négocier la COG pour 2005-2008 ; c'est une excellente occasion de discuter de ces questions. La Cour des comptes a constaté en outre une progression de 10 % des effectifs en sept ans. Quels sont les facteurs qui expliquent cette croissance ? Y a-t-il de nouvelles créations d'emplois en vue ? Et pourquoi ne vous êtes-vous pas dotés d'une comptabilité analytique ?

Mme Nicole Prud'homme : Sans doute souhaitez-vous que je commence par vous présenter la CNAF et ses activités.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous les connaissons très bien. L'objet de cette réunion est de procéder par questions et réponses sur des sujets précis, en particulier la COG, ses indicateurs et ses objectifs.

Mme Nicole Prud'homme : Je dirai donc simplement que, sur les dix millions d'allocataires de la CNAF, quelque 40 % ne sont pas des personnes chargées de famille *stricto sensu*. Nous avons 13 % d'allocataires du RMI en plus, 12 % d'allocataires de l'allocation adulte handicapé (AAH), 16 % d'allocataires de l'allocation de parent isolé (API), ce qui représente pour nous une charge supplémentaire non négligeable, qui se traduit notamment par 10 % de visites et 15 % de courriers en plus.

S'agissant du public « familial » au sens strict, les situations familiales se modifient, et ce n'est pas à vous que je l'apprendrai, ce qui contribue également à accroître notre charge de travail, indépendamment de la dégradation des situations sociales proprement dites. J'ajoute que l'évolution de la réglementation et de la législation crée aussi des charges supplémentaires. Quelques exemples : la décentralisation du RMI, la mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), le barème unique de logement, ainsi que la prise

en charge des allocations familiales versées aux fonctionnaires de l'État, de la Poste et de France Télécom.

Il y a donc une légère, une très légère dégradation des indicateurs de gestion, la part des frais de gestion rapportés aux prestations servies étant de l'ordre de 3 %. J'ai apporté les graphiques, qui sont plus parlants qu'un long discours. De 3 % en 2001, nous sommes passés à 3,3 % en 2002 et revenus à 3,2 % en 2003 - mais il faut se rappeler que nous étions à 3,8 % en 1994. Il y a donc bien une très légère dégradation, mais les variations restent de l'ordre de quelques dixièmes de point.

M. Philippe Georges : Nous n'avons pas, c'est vrai, de comptabilité analytique, mais nous avons d'autres dispositifs de connaissance des coûts et des activités, comme le Recueil national des données des CAF, ou RNDC, qui fournit les réponses à beaucoup des questions qui nous ont été posées dans le cadre des contrôles. L'outil comptabilité analytique ne répond pas vraiment à nos besoins ; ce n'est pas un refus de notre part, mais nous considérons que le RNDC est suffisamment complet, d'ailleurs il intéresse même des entreprises privées. Il est évidemment perfectible, et nous développons d'ailleurs des outils automatisés de comptage dans les CAF pour s'assurer de la fiabilité des données.

S'agissant de la croissance des effectifs, il importe de tenir compte des données de cadrage. La branche a connu une période très difficile autour de l'an 2000, le nombre de dossiers s'est accru et le service s'est réellement dégradé. La raison principale en était la croissance du nombre d'allocataires, notamment du RMI. L'un de mes prédécesseurs s'était engagé à gérer le RMI à effectifs constants, mais c'était sur la base de 300 000 allocataires, qui sont devenus plus d'un million en quelques années ! Nous sommes depuis longtemps autour de ce niveau, ce qui a provoqué une réelle crise, que le changement de système informatique n'a fait que rendre plus criante encore, notamment en Île-de-France. C'est pourquoi nous avons demandé 900 postes supplémentaires aux pouvoirs publics, qui nous les ont accordés, et cela nous a permis de rétablir un bon niveau de qualité de service.

M. Pierre Morange, coprésident : Des postes en CDD ou en CDI ?

M. Philippe Georges : En CDI.

M. Pierre Morange, coprésident : Pour faire face à un surcroît temporaire d'activité ?

M. Philippe Georges : Pas si temporaire que cela, puisque le nombre de bénéficiaires du RMI est resté à un niveau très élevé.

M. Pierre Morange, coprésident : Quels seront précisément les indicateurs d'activité contenus dans la nouvelle COG en cours d'élaboration ?

S'agissant d'autre part des ressources humaines, quelles conséquences tirez-vous de la pyramide des âges ? Avez-vous une réflexion sur le taux de remplacement ? Y a-t-il une gestion administrative unique, au niveau national, des ressources humaines ?

Enfin, vous avez évoqué les complexités administratives, mais la PAJE a précisément vocation à simplifier les choses, puisqu'elle regroupe plusieurs prestations. Comment expliquez-vous la complexification dont vous faites état, et qu'est-ce qui serait susceptible, selon vous, de simplifier votre travail ?

Mme Nicole Prud'homme : Compte tenu de la composition des conseils d'administration, national et locaux, tout ce qui touche à l'emploi est très sensible. L'évaluation du nombre des départs à la retraite a été faite. S'agissant de la nouvelle COG, je suis en attente de la décision du conseil d'administration la semaine prochaine, mais les choses paraissent à peu près stabilisées, et prennent en compte les attentes générales de la MECSS et l'environnement global de l'évolution de l'emploi dans le secteur public. Notre posture me paraît raisonnable, puisque nous acceptons une légère diminution des effectifs par non-remplacement des départs à la retraite. Au 1^{er} janvier 2005, nous avons absorbé les fonctionnaires de l'État hors éducation nationale, ces derniers devant être absorbés au 1^{er} juillet, soit un total de près de 220 000 allocataires en plus des prestations familiales. La fonction publique m'a indiqué que leur gestion employait, dans les ministères, 600 équivalents temps plein. Si le conseil d'administration accepte non seulement de gérer ces nouveaux allocataires sans coût de personnel supplémentaire, mais encore en ne remplaçant qu'une partie des départs, cela signifie bien que nous sommes dans une logique d'accroissement de la productivité.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous avons bien compris que la charge de travail augmentait avec l'évolution des structures familiales, la hausse du nombre des érémites, la prise en charge des prestations familiales des fonctionnaires, mais au total, pour reprendre le rapport de la Cour des comptes, il y a tout de même eu 24 % d'effectifs en plus en sept ans, soit un total de 33 000 salariés. Vous disposez forcément d'éléments sur la pyramide des âges au sein de la caisse, et donc sur le nombre probable des départs à la retraite au cours des cinq prochaines années. Combien y en aura-t-il chaque année ? Quelles réflexions cela vous inspire-t-il ? Quelle réduction des effectifs envisagez-vous au cours des cinq prochaines années ? Tout cela nous renvoie à ma question de tout à l'heure : y a-t-il une gestion administrative unique ?

Mme Nicole Prud'homme : Nous prévoyons 3 000 départs en quatre ans.

M. Philippe Georges : Avec toutefois une incertitude liée à l'évolution des régimes de retraite et à celle des comportements. Le taux de remplacement est l'un des deux principaux éléments de la négociation de la COG avec l'État. Nous sommes d'accord pour ne remplacer que partiellement les départs, mais la négociation porte sur le pourcentage.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : 3 000 départs sur 33 000 salariés, cela fait moins de 3 % par an.

M. Philippe Georges : Raisonner en nombre de salariés est une chose, raisonner en nombre d'heures travaillées en est une autre : compte tenu de la réduction du temps de travail, ce nombre n'a pas augmenté par rapport à 1991.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous l'avons bien compris. Dans les documents que vous nous avez fait parvenir, vous évoquiez trois orientations pour améliorer la performance économique et n'excluiez pas des regroupements de caisses. Selon quelle logique, et comment seraient-ils mis en œuvre ?

Mme Nicole Prud'homme : Nous avons une réflexion sur les caisses infra-départementales, mais nous ne sommes pas les seuls acteurs. Il y a dans cette maison même des acteurs dont les opérations n'accélèrent pas le mouvement.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous apprécions cette formulation très diplomatique. Notre propos n'est pas de jouer les « *cost-killers* », mais de rationaliser les moyens. Sans nous mettre dans le secret des négociations ni préciser, bien sûr, la localisation

territoriale des regroupements envisagés, de combien envisagez-vous de réduire le nombre des structures ? De 5 %, de 10 % ?

Mme Nicole Prud'homme : Ce sera dans la future COG, dont nous ne sommes pas les seuls rédacteurs. La question ne se pose pas tant, d'ailleurs, en pourcentage qu'en opportunité : un directeur de caisse qui part à la retraite, par exemple, c'est une occasion de rationaliser les choses au niveau du département. Nous le faisons chaque fois que nous pouvons, nous l'avons d'ailleurs fait très récemment, mais avec beaucoup de difficultés. Les élus sont même venus défilier dans mon bureau, et j'ai dû faire quelques pas en arrière. J'aimerais donc bien que tout le monde marche du même pas.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Nous avons bien compris que vous rencontriez quelques difficultés, mais y a-t-il, quand même, dans les indicateurs de la future COG, un schéma éventuel de mutualisation et de restructuration territoriale ? La Cour des comptes a regretté que la démarche reste timide. N'est-ce pas le moment d'en rediscuter avec votre conseil d'administration ? Et quels sont les autres indicateurs, outre la gestion du personnel et celle des retraites ?

M. Philippe Georges : Force est de reconnaître que le sujet n'a pas été pris à bras-le-corps jusqu'à présent. Toutefois, notre première préoccupation est de remettre aux pouvoirs publics un schéma directeur dans les premiers mois suivant la conclusion de la COG. Nous partons de l'affirmation que le cadre départemental est le plus approprié, ne serait-ce que parce que l'action sociale, élément important de l'activité des CAF, requiert une coopération avec les départements, qui ont compétence en la matière. Il faudra naturellement progresser dans le rapprochement des caisses infra-départementales, mais en tenant compte des réalités démographiques et géographiques : l'objectif n'est évidemment pas de faire une caisse unique pour tout le département du Nord, par exemple. Il y a d'ailleurs, dans le cadre départemental, des disparités très importantes, qui nous font penser qu'il ne faut pas tant raisonner en termes de structures que de mutualisation des moyens. Nous allons donc, dans le cadre du schéma directeur, faire l'inventaire des fonctions qui peuvent être mises en commun, dans un cadre sans doute pluri-départemental, voire régional : la gestion des paies, la logistique, la passation des marchés, l'édition de documents, le contentieux. Nous avons déjà fait une partie du travail en constituant, même si c'est de façon encore timide et à l'initiative des caisses, des pôles régionaux mutualisés, permettant de mettre en commun des postes coûteux, tels que chargés d'études statistiques ou chargés de communication. Nous allons passer d'une démarche spontanée à une démarche plus organisée, avec un véritable pilotage au niveau national.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Vous avez laissé entendre que les élus pouvaient être un frein aux plans de restructuration. Quelles sont vos relations sur ce plan avec l'exécutif ? Est-ce que la direction de la sécurité sociale vous incite à aller de l'avant, à ne pas aller trop vite, ou est-ce qu'elle est neutre ? C'est important que nous le sachions, car il nous revient de contrôler l'action de l'exécutif.

M. Philippe Georges : La direction de la sécurité sociale nous imposera probablement, car il s'agit tout de même d'une négociation inégale, une contrainte budgétaire qui supposera la rationalisation de nos moyens.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Est-ce qu'elle vous le dira explicitement ?

M. Philippe Georges : Oui.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : On peut donc dire que l'exécutif, le pouvoir politique, vous incite à la restructuration ?

M. Philippe Georges : Oui, sous réserve des modalités, dont ils attendent que nous disions comment nous les envisageons. Et pour nous, cela passe plus par la mutualisation des fonctions que par la suppression de caisses infra-départementales, dont l'effet serait relativement marginal.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous avons reçu une lettre d'une présidente de caisse d'allocations familiales, qui s'émouvait que le Parlement ose se saisir du sujet des coûts de gestion et de l'organisation territoriale des branches de la sécurité sociale. Nous lui avons répondu, courtoisement mais fermement, que nous nous étonnions de son étonnement devant le fait que le Parlement exerce ses compétences constitutionnelles. L'article 38 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui crée la MECSS, de surcroît, a été voté par l'ensemble de l'hémicycle, et ses thèmes d'investigations ont été validés de façon collective et unanime.

Mme Nicole Prud'homme : Qu'attendez-vous de moi en la matière ?

M. Pierre Morange, coprésident : Rien. Je voulais seulement porter le fait à votre connaissance, en aucun cas vous admonester.

Mme Nicole Prud'homme : Ce fait signifie probablement que la présidente en question n'était pas seule dans cette démarche, et que quelqu'un a dû l'aider à tenir la plume. Vous comprenez mieux, sans doute, les difficultés auxquelles nous nous heurtons.

Cela dit, je voudrais tout de même que l'on ne fantasme pas trop sur le nombre des caisses : elles sont au nombre de 123, ce qui n'est pas beaucoup plus que le nombre des départements, surtout si l'on met à part le cas particulier du Nord. Il ne faut pas s'imaginer que l'on va pouvoir supprimer 50 caisses.

M. Pierre Morange, coprésident : Je veux simplement rappeler, pour ma part, que la MECSS n'est pas animée par le fantasme populiste de la combustion des branches de la sécurité sociale en place de Grève, mais qu'elle recherche simplement une organisation lisible, efficace, opérationnelle, au bénéfice des assurés.

Mme Cécile Gallez : Étant députée du Nord, je me garderai de prendre position sur les caisses infra-départementales. Comme élue de terrain, je sais que le nombre des allocataires du RMI augmente, mais je sais aussi que s'il y a des économies à faire, c'est notamment sur la gestion de l'aide personnalisée au logement (APL). Les changements de situation familiale sont très fréquents, or il faut trois mois pour que le taux de l'APL soit revu en conséquence, et il est ensuite très difficile de récupérer, le cas échéant, les versements indus.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Je veux rassurer Mme la présidente : nous n'avons reçu qu'une seule intervention écrite du type de celle dont il a été question. Ce n'est donc pas si grave.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : En nombre, non, mais sur le principe, si. C'est tout de même problématique pour la démocratie sociale que l'on tienne la plume aux responsables de caisse !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Vous avez raison, mais Mme Nicole Prud'homme n'y est absolument pour rien. Je voudrais maintenant lui demander quelles sont ses suggestions pour simplifier la réglementation ou la législation dans le cadre des activités qui incombent aux CAF. Peut-être pourra-t-elle, d'ailleurs, nous les récapituler par écrit de façon plus exhaustive qu'aujourd'hui et nous les adresser dans quelques jours ?

Mme Nicole Prud'homme : Mme Gallez a mis le doigt là où ça fait mal : tout ce qui touche, en effet, aux allocations logement mériterait d'être simplifié, même si ce n'est ni le lieu ni l'heure d'en discuter en détail. J'ai un conseil d'administration mardi prochain, et je suis toujours en attente des barèmes de revalorisation pour 2004, je dis bien : pour 2004 ! J'ai dit qu'il y avait de plus en plus d'allocataires du RMI, de l'AAH ou de l'API, sans doute un bon nombre d'entre eux touchent-ils également l'APL, sans doute d'autres y auraient-ils droit et ne pourront-ils la toucher qu'avec retard, et peut-être d'autres au contraire vont-ils devoir reverser le trop perçu parce que leur situation a évolué favorablement, ou que le barème a changé. Et il n'est pas facile d'aller récupérer des indus chez des gens dont le revenu global est tout de même très modeste. Une simplification est donc nécessaire, et surtout des décisions plus rapides de la part des pouvoirs publics. Et je rappelle que le Médiateur de la République s'est ému, à propos d'un cas individuel, du passage du seuil de non-versement de l'allocation logement de 15 à 24 euros, ce qui représente pour certains foyers, sur un an, une mensualité de loyer.

Il est louable de vouloir tenir compte aussi finement que possible de la diversité des situations, mais c'est une démarche qui, d'un autre côté, crée des textes complexes. Aussi voudrais-je rendre hommage, au passage, aux techniciens conseils, qui forment les gros bataillons de nos effectifs, et dont certains sont recrutés au niveau du SMIC alors que leur travail consiste à maîtriser et à gérer quelque 18 000 règles de droit. Nous ne mettons pas en cause, évidemment, le rôle du Parlement, qui a raison de pointer ce qui ne va pas et de regarder de près comment les deniers publics sont utilisés, mais il faut prendre conscience qu'il y a aussi, dans notre action sociale, une part que l'on peut qualifier d'invisible, quand nos techniciens conseil reçoivent des gens qui ne viennent pas forcément pour demander quelque chose, mais pour parler à quelqu'un de leur situation. Et nous avons beaucoup de mal à expliquer aux gens que nous serons encore présents même s'il n'y a plus écrit à l'entrée : « CAF de telle ou telle ville ».

M. Philippe Georges : Bien sûr, on peut simplifier la législation, la PAJE en est un exemple. Elle permettra d'économiser des emplois, dont je pourrai vous communiquer le nombre, car c'est un élément de la négociation, lorsque la COG aura été conclue. Cette économie n'apparaîtra d'ailleurs que lorsque nous n'aurons plus à gérer un double dispositif. Si la complexité est en partie liée aux changements de situation individuelle ou familiale, j'insiste pour ma part sur l'instabilité juridique produite par le changement fréquent des règles, changement souvent précédé, en outre, d'effets d'annonces qui génèrent des inquiétudes et des demandes d'information. C'est certainement la principale source de l'accroissement de notre charge de travail.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Je crois que vous avez parfaitement raison, et si vous aviez des éléments de modélisation à nous communiquer sur le coût, au moins objectif, d'une modification lambda de la législation, cela nous intéresserait beaucoup, en tant que législateurs, d'en avoir connaissance.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Ah, si on savait ce genre de choses quand on vote un article !

M. Philippe Georges : C'est évidemment très difficile, ce qui ne veut pas dire qu'il ne faut pas essayer, mais il faudrait déjà commencer par mieux connaître la nature des flux qui sont les nôtres, les raisons pour lesquelles les gens viennent nous voir ou nous appellent, les types de questions posées.

M. Pierre Morange, coprésident : Il me reste à vous remercier d'être venus, et à vous rappeler de nous adresser, comme le rapporteur et moi-même vous l'avons demandé, la liste, précise et exhaustive, des mesures de simplification qui vous apparaissent souhaitables, car nous avons à cœur de vous aider dans votre démarche.

AUDITIONS DU 14 AVRIL 2005

Audition de M. Pierre Burban, président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), et de M. Louis-Charles Viossat, directeur

M. Pierre Morange, coprésident : J'ai le plaisir de souhaiter la bienvenue à M. Pierre Burban, président du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : L'ACOSS est appelée à conclure bientôt une nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG). Or, le rapport de la Cour des comptes publié en septembre 2004, faisant le point sur l'organisation et la gestion des caisses de sécurité sociale, mentionne l'« aisance financière non négligeable des enveloppes de gestion ». Serait-ce que l'on aurait fixé des objectifs trop faciles à atteindre, avec des ressources trop largement calculées ? En ce qui concerne votre agence, la Cour des comptes constate que le coût de gestion d'un compte « employeur de personnel de maison » géré de manière traditionnelle par les Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) est de 96,12 euros en moyenne contre 21,70 euros grâce à l'utilisation du chèque emploi service. Pourquoi celui-ci, qui est d'un usage très simple, n'est-il pas généralisé alors que, selon les termes de la COG, il aurait dû l'être dès 2003 ? Et pourquoi ne pas généraliser aussi la procédure du versement en lieu unique (VLU) ?

M. Pierre Burban : Je me félicite que la représentation nationale s'intéresse au fonctionnement et au coût de gestion des caisses de sécurité sociale, mais ce débat ne doit pas conduire à affoler les troupes. Je n'ai pas lu dans le rapport de la Cour des comptes qu'elle considère que les ressources de l'ACOSS auraient été trop largement calculées. Qui plus est, la collecte, qui s'établit à 297 milliards d'euros auprès de 5,7 millions de comptes, ne cesse d'augmenter, de même que le nombre de comptes. Nous avons atteint, en 2004, un taux de recouvrement historique, le « reste à recouvrer » n'étant plus que de 0,91 %. De nombreux efforts ont donc été faits.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : La gestion de votre organisme a une réputation flatteuse, mais nous aimerions toutefois entendre vos réponses aux questions précises du rapporteur.

M. Pierre Burban : On peut toujours faire des économies, et notre réflexion à ce sujet ne date pas d'hier. Nous avons fait porter nos efforts sur la qualité du service, car toute amélioration dans ce domaine permet, en corollaire, d'améliorer le taux de recouvrement. J'ai été gêné d'entendre, ici ou là, présenter les URSSAF comme les « fossoyeurs des entreprises ». Dans le cadre de la future COG, nous continuerons d'améliorer les relations entre les URSSAF et les cotisants, particulièrement les très petites entreprises et les travailleurs indépendants. Un effort d'accompagnement s'impose à leur égard car ils ne disent pas spontanément les difficultés auxquelles ils peuvent se trouver confrontés.

M. Pierre Morange, coprésident : Le rapporteur parlait plus particulièrement de simplifier la gestion du recouvrement par la généralisation, prévue dans la COG, du chèque emploi service. Ce dispositif ne concerne à ce jour que 60 % des cotisants alors même que, de par l'efficacité de vos services, la centralisation de son traitement à l'URSSAF de Saint-Etienne a permis une forte réduction du coût de recouvrement. Pourquoi en reste-t-on là ?

M. Louis-Charles Viossat : Les COG sont d'excellents outils, qui nous ont permis d'accomplir des progrès notables. Il apparaît en effet que le coût de gestion du chèque emploi service est moindre que celui du dispositif traditionnel mais, selon la comptabilité analytique dont nous disposons depuis fin 2004, l'écart, s'il est important, n'est pas de l'ampleur calculée par la Cour des comptes. Selon nous, en 2003, le coût de gestion était de l'ordre de 60 euros pour la déclaration traditionnelle et de 25 euros pour le chèque emploi service. Sa généralisation est souhaitable, et c'est pour nous un axe prioritaire. Nous avons d'ailleurs atteint en 2004, pour la première fois, un million d'utilisateurs. Notre deuxième orientation est le développement de la dématérialisation du formulaire, dont le taux est actuellement de 10 %. Nos objectifs sur ce point sont très ambitieux, car il y a là un gisement d'économies considérable.

Plusieurs raisons expliquent que l'utilisation du chèque emploi service ne soit pas encore généralisée. En premier lieu, de nombreux cotisants sont des gens âgés et parfois très âgés, attachés au système de déclaration nominative trimestrielle et qui ne souhaitent pas en changer. C'est particulièrement vrai à Paris. D'autre part, les associations mandataires ne peuvent utiliser les chèques emploi service, si bien que nous avons mis au point avec elles un dispositif d'échanges dématérialisés. Enfin, l'articulation est encore imparfaite entre le centre national de traitement de Saint-Etienne et les URSSAF, et il est exact que notre système d'allocations budgétaires ne les incite pas à promouvoir l'utilisation du chèque emploi service. Nous y travaillons, et la généralisation, dans les limites décrites, sera l'une des priorités de la prochaine COG.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Dans quel délai ?

M. Louis-Charles Viossat : La négociation de la nouvelle COG n'ayant pas commencé, tout ce que je puis dire est que la nouvelle procédure budgétaire sera mise en œuvre à partir de 2006.

M. Pierre Morange, coprésident : Dans les 40 % de cotisants qui n'utilisent pas le chèque emploi service, quelle est la part des personnes âgées, celle des associations mandataires et celle que l'on peut attribuer à vos procédures budgétaires ?

M. Louis-Charles Viossat : On peut estimer que les utilisateurs de déclarations traditionnelles se répartissent pour moitié entre les associations mandataires et les autres utilisateurs.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Ne serait-il pas de bonne politique d'engager une démarche pédagogique plus active en direction des personnes âgées ? Tout le monde y gagnerait.

M. Louis-Charles Viossat : Nous faisons beaucoup d'efforts en ce sens, mais il est certainement possible de les accroître encore, en nouant des partenariats avec d'autres organismes sociaux.

M. Pierre Morange, coprésident : Vous nous avez parlé d'objectif ambitieux. Quel est-il ?

M. Louis-Charles Viossat : Exception faite des associations mandataires, dont la situation réglementaire est particulière, notre objectif est de parvenir à 100 % de chèques emploi service à la fin de la prochaine COG.

M. Pierre Morange, coprésident : Ce qui correspond à quelque 80 % de l'ensemble ?

M. Louis-Charles Viossat : A peu près.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Qu'en est-il du versement en lieu unique ?

M. Louis-Charles Viossat : Cette offre de service déjà ancienne, puisqu'elle remonte à 1973, a connu un développement assez marqué, si bien que 45 milliards d'euros ont été ainsi collectés l'an dernier. Le VLU permet aux entreprises qui ont plusieurs établissements de verser l'ensemble de leurs cotisations à une même URSSAF. Faut-il étendre ce dispositif ? Ce serait souhaitable tant pour les entreprises que pour l'ACOSS, mais cela suppose de réfléchir à l'organisation du réseau de recouvrement pour moderniser l'offre. Nous y travaillons, dans le respect de notre organisation spécifique, en nous inspirant de ce qu'a fait la direction des grandes entreprises de l'administration fiscale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Un engagement ferme sera-t-il pris à ce sujet dans la future COG ou demeure-t-il hypothétique ?

M. Pierre Burban : La discussion relative à la future COG n'est pas engagée. Une réunion spécifiquement consacrée au recouvrement auprès des grandes entreprises aura lieu début juin. Notre objectif est bien de répondre à leurs besoins tout en rationalisant nos procédures de recouvrement.

M. Pierre Morange, coprésident : Quel est le potentiel de développement supplémentaire du versement en lieu unique ? Ne peut-on d'autant mieux envisager de le centraliser que, dans ce cas, il ne devrait y avoir ni résistance ni réticences ?

M. Louis-Charles Viossat : Les 45 milliards d'euros recouverts en VLU représentent le quart du recouvrement total des cotisations par les URSSAF. Mais il y a certainement matière à évoluer pour ce qui est de l'organisation de la collecte et du contrôle des grandes entreprises, afin d'assurer le strict respect de l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire, une meilleure sécurité juridique et une qualité de service uniforme.

M. Pierre Morange, coprésident : Ne pourriez-vous prévoir dans la prochaine COG de centraliser les VLU sur un seul site ?

M. Louis-Charles Viossat : Je doute du bien-fondé d'une telle solution. Nous réfléchissons en revanche à l'idée de mettre en réseau les URSSAF chargés de la collecte des cotisations auprès des grandes entreprises.

M. Laurent Wauquiez : Entendez-vous mutualiser les bonnes pratiques de gestion ? Qu'en est-il de l'expérience pilote menée au Puy-en-Velay pour la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) ? Selon vous, la gestion globale du recouvrement par l'ACOSS présente-t-elle un avantage ou est-elle source de pesanteurs et donc de coûts ?

M. Pierre Burban : L'idée centrale de la COG en vigueur est la mutualisation des bonnes pratiques, vecteur évident de rationalisation. Nous poursuivrons évidemment en ce sens, car l'histoire des différents organismes explique des disparités qui entraînent une inégalité de traitement. Nous souhaitons rationaliser cet ensemble, ce qui suppose des efforts constants. L'expérimentation du traitement de la PAJE au Puy-en-Velay traduit ce souci de simplification.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Le réseau des URSSAF, qui compte des organismes de tailles très diverses, est-il adapté aux besoins actuels des cotisants ? Ne peut-on envisager des économies de gestion ? N'est-ce pas une anomalie qu'à l'heure de l'informatique une seule ville puisse compter vingt-deux URSSAF ?

M. Louis-Charles Viossat : Nous sommes convaincus de la nécessité de développer le contrôle de gestion et la comptabilité analytique, installée fin 2004, mais encore en rodage, a commencé de nous y aider, d'autant que nous avons créé une sous-direction du contrôle de gestion. Quant à la diffusion des bonnes pratiques, c'est une excellente politique à laquelle nous recourons déjà, notamment pour la diffusion de l'information, et que nous amplifierons. La création du centre de gestion de la PAJE au Puy-en-Velay nous a permis de constater qu'il y a matière à nouer des partenariats avec les branches, et nous le ferons. Elle a aussi montré que l'ouverture de centres nationaux permet de réaliser des économies de gestion tout en améliorant la qualité de service. Nous l'avons fait au Puy-en-Velay pour la PAJE et à Saint-Etienne pour le chèque emploi service mais aussi à Paris, Bordeaux et Lyon pour le titre emploi entreprise et à Arras pour le chèque emploi associatif.

L'avantage de la gestion centralisée du recouvrement est qu'elle donne à l'ACOSS, qui joue le rôle de direction financière de la sécurité sociale, une vision globale de la situation de trésorerie. Il est souhaitable que cette vision, nécessaire, perdure et se développe le cas échéant. Par ailleurs, je n'ai pas le sentiment que la branche recouvrement se trouve dans une situation d'« aisance financière ». Notre coût de gestion est très bas, et notablement inférieur au ratio de l'administration fiscale, puisque nous dépensons 3,40 euros pour mille euros collectés, et il a baissé de 7,7 % depuis 1998. En outre, un budget pluriannuel nous est fixé, avec des coûts qui n'évoluent pas d'une année à l'autre, et notre taux d'exécution budgétaire sera proche de 100 % à la fin de la période conventionnelle, ce qui montre au contraire que notre situation budgétaire est un peu tendue.

M. Pierre Burban : Le nombre de cent trois URSSAF n'est pas excessif, et la question de l'implantation territoriale n'est pas le vrai problème en matière de rationalisation. Ce serait même plutôt l'inverse car, souvent, la proximité facilite la collecte. Nous avons encouragé les fusions volontaires, et c'est ainsi qu'ont successivement fusionné les URSSAF de Beauvais et de Creil, de Laon et de Saint-Quentin, de Montbéliard et de Belfort ; celles d'Arras et de Douai fusionneront en 2006. Mais le sujet est sensible tant pour les conseils d'administration que pour les personnels et pour les élus locaux. C'est pourquoi nous n'encourageons les fusions que lorsqu'elles sont justifiées et nécessaires. La COG demande une même qualité de service et de performance aux très petites URSSAF et à celle de Paris. Comme ce n'est pas toujours possible pour les plus petites entités, la mutualisation a joué. Mais l'exemple de l'URSSAF de Paris montre que des difficultés peuvent surgir même dans les plus grands organismes. On se félicitera donc de la déconcentration exemplaire de cette URSSAF, menée dans le strict respect du coût initialement prévu, pour des résultats meilleurs qu'avec l'organisation antérieure. Je maintiens que l'on ne peut occulter le besoin de proximité.

M. Jean-Luc Prél : De fait, un coût de gestion administrative de 0,4 % est relativement faible. L'ACOSS opère des recouvrements pour compte de tiers pour plus de 10 % de ses encaissements ; est-elle rémunérée pour cela ? Quelle économie la gestion commune de la trésorerie fait-elle réaliser à la sécurité sociale ? Enfin, vous avez estimé vos besoins de trésorerie à 12,3 milliards en 2003 et à 17,55 milliards fin 2004. Quel est le coût de vos besoins de financement ? Comment réduire les frais d'agios ? Quelle est la situation actuelle ?

M. Louis-Charles Viossat : Nous sommes liés par des conventions avec les tiers pour le compte desquels nous assurons la collecte et la gestion de trésorerie mais aucune disposition légale ou réglementaire ne prévoit de rémunération de l'ACOSS. Il va sans dire que je serais favorable à un changement de cette nature. Nous sommes une centrale de trésorerie et, chaque jour, deux milliards en moyenne transitent sur notre compte ouvert à la Caisse des dépôts et consignations (CDC), avec des pointes à sept milliards quand les pensions doivent être servies.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Est-ce la Caisse des dépôts qui gère votre trésorerie ou n'est-elle que l'établissement financier dans lequel votre compte est ouvert ?

M. Louis-Charles Viossat : Nous déposons à la Caisse des dépôts, sur notre compte unique, les encaissements qui remontent quotidiennement des URSSAF.

M. Pierre Morange, coprésident : La Caisse des dépôts rémunère-t-elle les sommes déposées sur votre compte ?

M. Louis-Charles Viossat : Elle rémunère les excédents, ce qui s'est produit fin 2004, mais elle débite des intérêts lorsque des besoins de financement apparaissent, ce qui est plus fréquent depuis quelque temps. Nous avons notablement amélioré nos conditions de financement, passant, en vingt ans, du taux EONIA + 100 points de base au taux EONIA + 5 à 7 points de base pour les avances prédéterminées qui constituent l'essentiel de nos besoins de financement. Nous avons ainsi gagné 16,5 millions en gestion de trésorerie.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Vos prévisions de trésorerie sont-elles fiables ? Peuvent-elles être améliorées ?

M. Louis-Charles Viossat : C'est un métier difficile que d'être prévisionniste, car il est soumis à de nombreux aléas. Notre compétence de base porte sur les prévisions d'encaissement. Pour les dépenses, nous sommes conduits à faire des prévisions de tirage de trésorerie en nous appuyant sur les informations qui remontent des caisses. Globalement, nos prévisions sont assez justes.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Comment interpréter la progression de 6,6 % des tirages de trésorerie que vous prévoyez dans un document interne ?

M. Louis-Charles Viossat : Vous faites référence aux prévisions communiquées, comme chaque mois, à la commission financière et statistique de notre conseil d'administration. Celles qui portent sur le deuxième trimestre 2005 font en effet apparaître des tirages en progression de 6,6 %. Mais il s'agit de trésorerie et non de droits constatés, et ces indications doivent donc être interprétées avec beaucoup de précaution.

M. Pierre Morange, coprésident : Dans le cadre de la prochaine COG, quels seront vos objectifs en matière de gestion des ressources humaines et d'amélioration de la productivité ?

M. Pierre Burban : Il m'est très difficile de vous répondre à ce stade puisque nous n'en sommes qu'au bilan de la COG en vigueur. Nous ne savons pas si nous pourrions ou non réduire nos effectifs puisque nous ignorons quelles seront nos futures missions. Je rappelle pour mémoire que ni le traitement du titre emploi entreprise ni celui de la PAJE ne figuraient dans la COG 2002-2005. Pourtant, la gestion nous en a été attribuée. C'est dire que nos besoins varieront en fonction des futures missions qui nous seront fixées. Le personnel de la

branche recouvrement étant relativement jeune, le nombre de départs à la retraite dans les années qui viennent sera limité.

M. Louis-Charles Viossat : Nous évaluons les départs en retraite à mille deux cents environ entre 2003 et 2009, soit 8,3 % des effectifs. Rapporté aux autres organismes de sécurité sociale, c'est relativement peu. Le mouvement s'amplifiera à partir de 2008 et, en 2015, un tiers au maximum de notre effectif actuel sera parti en retraite. La moyenne d'âge de notre personnel est d'environ quarante-deux ans et l'ancienneté moyenne à l'ACOSS est de dix-neuf ans.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous sommes certains que l'on peut concilier souci de proximité et volonté de réorganiser le réseau sans que la qualité de service en souffre. A cet égard, vous semble-t-il normal que certaines URSSAF ne puissent être jointes par téléphone ?

M. Pierre Burban : Absolument pas.

M. Louis-Charles Viossat : Soixante-sept pour cent des cotisants privilégient les contacts téléphoniques. Nous donnons donc une priorité absolue à l'amélioration de l'accueil téléphonique.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Vos métiers étant organisés autour du téléphone et du télétraitement, vous pouvez localiser nombre des emplois de production en n'importe quel point du territoire. Avez-vous engagé une réflexion en ce sens ? Les considérations d'aménagement du territoire transparaîtront-elles dans la prochaine COG ?

M. Louis-Charles Viossat : C'est une de nos préoccupations, mais elle n'apparaît pas dans la COG en vigueur et la prochaine, comme vous le savez, n'est pas encore négociée.

M. Jean-Luc Prél : Quelles économies permet la gestion unique ? Qui négocie le taux de découvert ? La Caisse des dépôts est-elle maître du jeu ou avez-vous votre mot à dire ?

M. Louis-Charles Viossat : Je vous transmettrai ultérieurement le chiffrage exact des économies que représente pour la sécurité sociale la trésorerie centralisée. Comme indiqué dans la note présentée à la commission *ad hoc* de notre conseil d'administration, nous nous attendons à une détérioration de notre trésorerie, avec un compte en déficit de 5,4 milliards à fin juin 2005. Mais j'insiste à nouveau sur le fait qu'il s'agit seulement d'une prévision de trésorerie et que l'on ne peut en inférer aucune conclusion sur les comptes du régime général à la même date, et encore moins à fin 2005.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Je n'en suis pas si sûr.

M. Pierre Morange, coprésident : Il est exact que les nouveaux dispositifs législatifs ne sont pas pris en compte dans la COG en vigueur ; il est exact, aussi, que les prévisions de trésorerie doivent être interprétées avec une grande prudence car elles ne disent rien des droits constatés.

M. Louis-Charles Viossat : Chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale fixe un plafond d'avances qui définit la limite de nos emprunts. Il nous appartient ensuite de négocier avec la Caisse des dépôts les conditions de notre financement, dont je vous ai dit ce qu'elles ont été en 2004. Pour ce qui est de l'accueil téléphonique, il est vrai

que le taux de réponses n'était pas bon à l'URSSAF de Paris. Toutefois, de grands progrès ont été accomplis puisque l'on est passé de 56 % en 2002 à 80,5 % après la création d'une plate-forme téléphonique. Les trois directions départementales qui n'y sont pas encore rattachées le seront à la fin de l'année.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Le temps nous manque, malheureusement, pour vous entendre nous faire part de vos propositions de simplifications législatives et réglementaires. Je vous serais donc reconnaissant de nous les faire parvenir.

M. Louis-Charles Viossat : Nous le ferons, bien sûr. Mais je ne saurais conclure sans insister sur l'importance primordiale qu'a pour nous la stabilité législative et réglementaire.

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous remercie.

*

Audition de M. Denis Piveteau, directeur de la Mission de préfiguration de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

M. Pierre Morange, coprésident : Nous avons le plaisir d'accueillir M. Denis Piveteau, directeur de la mission de préfiguration de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Vous avez donc, M. Piveteau, la chance historique de bâtir une nouvelle institution administrative. Selon vous, de combien d'agents la CNSA aura-t-elle besoin ? Quel sera leur statut ? Dépendront-ils de la convention collective nationale de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) ? Quelle estimation faites-vous des frais de gestion de la future entité ?

M. Denis Piveteau : J'ai pour mission de mettre en place la future structure. Aussi le nombre des agents qui m'entourent n'est-il pas représentatif des besoins à venir, que j'estime à quelque soixante-dix personnes, sous réserve de ce que sera le budget de la CNSA. L'effectif comprendra les huit agents de la fonction publique de l'État sous statut UCANSS actuellement chargés, au sein du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la gestion du Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA), fonds absorbé par la CNSA en application de la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie, des personnes âgées et des personnes handicapées. En feront aussi partie les douze membres de la mission de préfiguration, appelés à devenir les cadres de la caisse. Parmi ces derniers, neuf sont issus de la fonction publique de l'État, deux sont des agents de la sécurité sociale ; le dernier, issu du secteur privé, a été intégré à la mission sous statut UCANSS. Le statut des agents de la CNSA est fixé par la loi. Ceux qui s'agrégeront à ce groupe initial seront donc soit des membres de la fonction publique en détachement, soit des agents sous statut UCANSS, soit, éventuellement, des agents de droit privé placés sous une convention collective à définir.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Bien que la CNSA ne soit encore qu'en gestation, avez-vous déjà travaillé à la négociation de la future COG ? D'autre part, comment s'organiseront les relations entre la caisse et les maisons départementales des personnes handicapées, et de quelle nature seront-elles ?

M. Denis Piveteau : La COG structurera la manière dont la Caisse prendra en charge ses missions. La première est d'assurer la continuité avec le FFAPA, auquel elle se

substituera le 31 décembre 2005 au plus tard mais vraisemblablement plus tôt, en contribuant au financement des prestations individuelles, selon un cadrage légal et réglementaire sur lequel la caisse n'a aucun pouvoir.

La deuxième mission de la CNSA sera d'animer le réseau des maisons départementales et de lui donner un appui d'expertise technique, ce qui se fera par le biais de conventions de qualité de service signées avec chaque département. Pour déterminer la bonne prestation de compensation du handicap (PCH), le cadrage réglementaire sera appliqué dans l'esprit de la loi, qui est d'épouser au plus près les situations individuelles, en fonction des besoins. Latitude sera donc laissée aux équipes locales de définir les projets de vie, si bien qu'il n'y aura pas d'automatisme tendant au versement d'une somme selon un seuil d'invalidité. Aussi, la CNSA devra faire davantage que de mesurer le respect de la légalité. Il lui faudra engager une démarche plus ambitieuse pour veiller à l'égalité du niveau de compensation du handicap sur l'ensemble du territoire. La caisse devra à cette fin mettre au point une batterie d'indicateurs uniformes permettant de définir la qualité du service administratif et le niveau de couverture, et de fixer des objectifs de résultat avec les départements, qui sont très désireux d'une telle démarche.

La troisième mission de la CNSA est d'une autre nature. La caisse est en effet chargée de répartir les crédits de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) médico-social pour les établissements accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées. Il s'agira là de financer des structures et non plus des personnes, en partant des besoins locaux pour fixer les priorités financières. Dans ce domaine, les interlocuteurs de la CNSA seront les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) et la caisse, agence budgétaire, se verra chargée d'une partie des missions qui, aujourd'hui, relèvent de l'État.

Enfin, la CNSA devra installer un système d'information. Cet outil de pilotage des politiques en direction des personnes âgées et handicapées devra permettre d'une part, de suivre l'activité des maisons départementales des personnes handicapées et de mieux connaître le public qui s'adresse à elles, d'autre part de mesurer la consommation de l'ONDAM afin que DRASS et DDASS puissent procéder à des analyses solides.

M. Pierre Morange, coprésident : L'effectif que vous envisagez est-il suffisant pour assumer un tel champ d'activités ? Entendez-vous passer des conventions avec la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et avec la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) ? Si tel est le cas, sur quoi porteront-elles ?

M. Denis Piveteau : L'effectif de la CNSA a été esquissé en extrapolant ceux qui sont actuellement affectés au suivi de l'ONDAM médico-social. Le parti pris peut paraître modeste au regard des sommes gérées, mais la CNSA conduira ses missions en s'appuyant sur le réseau des maisons départementales, des DRASS et des DDASS. Comme elle n'aura pas à faire mais à faire faire, mieux vaut partir de l'idée d'une structure légère pouvant rassembler des groupes *ad hoc* en tant que de besoin.

La loi prévoit que des conventions seront passées avec la CNAVTS et avec la CNAMTS, mais à ce stade de la préfiguration, ce travail n'est pas engagé. Puisque l'État définira une COG tant avec la CNAMTS qu'avec la CNSA, il conviendra, par ces conventions, d'éviter les redondances en s'assurant de la bonne articulation des systèmes d'information entre des organismes qui agissent dans des champs voisins. Il serait en effet inutile de reconstruire ce qui existe déjà à la CNAMTS, en matière de suivi de la

consommation des crédits par exemple. De même, un accord devra être trouvé entre l'État, la CNSA et la CNAMTS pour la prise en charge globale des aides techniques. L'esprit de la loi suppose des stratégies communes.

M. Laurent Wauquiez : L'impératif d'assurer un minimum d'égalité sur un territoire décentralisé suppose un organisme central permettant la mutualisation des bonnes pratiques, sans lequel chaque département gèrera ses prestations comme il l'entend. Mais l'on a le sentiment d'une redoutable complexité et, aux soixante-dix personnes qui constitueront l'effectif de la CNSA s'ajouteront toutes celles qui gèreront le dispositif dans les départements, si bien que le coût de gestion global sera très important. Je ne puis non plus taire ma perplexité devant la multiplicité annoncée de vos interlocuteurs : conseils généraux, DRASS, DDASS... Enfin, je comprends mal comment vous parviendrez à imposer la mutualisation des bonnes pratiques alors que vous n'aurez ni pouvoir de contrôle ni pouvoir de tutelle. Tout ne dépendra-t-il pas de la bonne volonté de chacun ? N'y aurait-il pas moyen de simplifier cet ensemble et d'augmenter les contrôles sans porter atteinte à l'autonomie des collectivités locales ?

M. Denis Piveteau : Je crois au pouvoir d'influence et à celui de l'interpellation, par les associations par exemple. La CNSA n'a pas pour rôle d'ajouter un niveau de contrôle mais de permettre la comparaison des actions menées par un organisme impartial, ce que la composition de son conseil garantit, puisque toute la société civile s'y trouve représentée. Ce peut donc être un aiguillon suffisant.

S'appuyer sur l'existant, c'est faire le pari d'une mutualisation de moyens avec les groupements d'intérêt public (GIP), mais il est exact que la lisibilité des coûts de gestion en est réduite. Aussi faudra-t-il peut-être ajouter aux indicateurs de qualité des indicateurs de gestion.

Mme Paulette Guinhard-Kunstler : La désorganisation qui caractérise actuellement les relations entre nos dispositifs sanitaire et médico-sociaux est source à la fois d'augmentation des dépenses et d'inefficacité. La CNSA peut donc être un excellent outil. Mais comme elle est aussi chargée de la répartition des crédits du champ de l'ONDAM médico-social et, étant donné le manque criant de moyens des maisons de retraite, je m'inquiète fortement du risque de fongibilité des enveloppes, qui conduirait à la réduction des crédits consacrés aux personnes âgées et handicapées. Par ailleurs, sera-t-il dans les missions de la CNSA de participer avec la CNAMTS à l'évaluation du handicap ? Travaillerez-vous à la réforme de la tarification ? Le ministre a déclaré que la suppression d'un jour férié ne suffirait pas à financer l'allocation dépendance ; travaillez-vous à d'autres solutions ? S'agissant enfin des économies de coûts de gestion, pensez-vous que le GIP permettra une bonne organisation ? Les départements sont-ils prêts à travailler avec les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) et avec les associations ?

M. Denis Piveteau : Je rappelle que je n'en suis qu'aux schémas et aux projets. Vous vous interrogez sur le jeu combiné de la petite fraction de la contribution sociale autonomie d'une part, de l'ONDAM médico-social d'autre part, qui constituent ensemble l'enveloppe qu'il est demandé à la CNSA de gérer. Ces deux lignes budgétaires ont une origine juridique très différente, puisque l'enveloppe issue de la journée nationale de solidarité est calculée en fonction d'un taux fixé dans la loi cependant que l'ONDAM médico-social se taille chaque année une part variable de l'ONDAM global. Il n'y a aucun doute sur le fait que les besoins de création de places appellent à eux seuls des dépenses supérieures à l'ONDAM médico-social et au produit de la contribution solidarité autonomie. Il sera donc indispensable, pour garantir à l'ONDAM médico-social sa dynamique propre, de

conserver, lors du vote de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), un regard d'ensemble sur les crédits de la CNSA, sans dissocier ses deux ressources.

Quant à l'évaluation, elle fait partie intrinsèque du dispositif. Nous ne savons pas précisément aujourd'hui combien de personnes auront droit à la prestation de compensation du handicap, si bien que nous ne pouvons nous appuyer que sur les chiffres de ceux dont le handicap est reconnu administrativement. Mais l'on sait que ces chiffres ne recourent pas la réalité objective du besoin d'assistance à domicile. On ne peut que partir des enquêtes et des remontées du terrain, qui s'organisent. Les premières années de la CNSA seront des années d'apprentissage. L'un des rôles de la caisse est de faire que les gens soient mieux connus et que, progressivement, les critères de définition des besoins soient précisés, de manière que l'on puisse gérer les seuils et les modalités de prise en charge pour aider ceux qui en ont vraiment besoin.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler : Il y a là de très importants enjeux de maîtrise financière.

M. Pierre Morange, coprésident : C'est exact, et ce sera notre mission que de les expliciter dans le cadre de nos travaux ultérieurs.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Quel est votre point de vue sur les remarques faites par la Cour des comptes à propos des indicateurs de productivité contenus dans la COG conclue avec la CNAMTS ? En tiendrez-vous compte lors de l'élaboration de la COG de la CNSA ?

M. Denis Piveteau : La particularité de l'exercice est que la COG s'élabore en même temps que se crée l'organisme avec lequel l'État va contracter. Il en résulte une plasticité bienvenue, qui permettra de choisir d'emblée certaines modalités de travail et, en particulier, de mettre au point un mécanisme de dialogue fonctionnel direct. Ces questions ne sont pas secondaires, car l'efficacité en dépend. Quant aux indicateurs de productivité, ils seront sans nul doute excellents pour les soixante-dix personnes qui composeront l'effectif de la caisse proprement dite, mais ils ne seront pas significatifs à eux seuls. Aussi, sous réserve que les dispositions réglementaires le permettent, on pourrait imaginer que la CNSA suive l'indicateur de productivité de l'ensemble du dispositif.

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous remercie.

*

Audition de M. Christian Crespel, directeur de la Caisse d'allocations familiales (CAF) d'Armentières, de M. Hervé François, directeur de la CAF de Seine-et-Marne, de M. Robert Ligier, directeur de la CAF du Sud-Finistère, et de M. Jean-Pierre Péquignot, directeur de la CAF de Montpellier

M. Pierre Morange, coprésident : Messieurs, je vous remercie d'être venus et je donne immédiatement la parole au rapporteur pour qu'il vous pose ses premières questions.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Après avoir reçu, il y a peu, la présidente et le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), audition dont vous avez dû avoir quelque écho, nous avons souhaité entendre, tandis que se négocient les contrats pluriannuels de gestion (CPG) pour 2005-2008, des directeurs de caisses locales d'allocations familiales.

Mes premières questions seront simples. Est-il souhaitable, et possible, que le réseau des CAF se dote d'une comptabilité analytique ? Comment se déroule la prise en charge des allocations familiales des fonctionnaires ? Mais peut-être pourriez-vous, avant de répondre, nous présenter brièvement vos caisses respectives.

M. Christian Crespel : La CAF d'Armentières, qui compte 25 000 allocataires, est l'une des huit caisses du Nord, département le plus peuplé de France. Nous n'avons pas de comptabilité analytique au sens strict du terme, avec une définition des coûts par fonction, mais nous disposons d'un tableau de bord national, le TBCAF, qui nous donne, selon une approche qui s'apparente à celle d'une comptabilité analytique, une vue précise de l'activité au jour le jour. Quant à la prise en charge des allocations familiales des fonctionnaires, elle s'est passée chez nous sans difficulté particulière.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Selon les données dont nous disposons, les résultats de la caisse d'Armentières sont bons sur le plan de la qualité du service, mais les coûts sont relativement élevés. Savez-vous quelles en sont les raisons ?

M. Hervé François : La CAF de Seine-et-Marne compte 180 000 allocataires et emploie 600 agents. Peut-être est-elle trop grosse et y a-t-il des économies d'échelle au-delà d'une certaine taille.

La prise en charge des fonctionnaires, qui sera parachevée par celle des enseignants en juillet, s'est également faite sans difficulté particulière, mais il est vrai qu'il s'agit d'un public moins compliqué à gérer que les bénéficiaires de minima sociaux.

S'agissant de la comptabilité analytique, j'ajouterai que la CNAF nous communique régulièrement la ventilation des coûts sur une centaine de postes – électricité, téléphone, etc. – avec des comparaisons entre caisses au sein d'un même groupe – dans notre cas, celles de l'Île-de-France – ainsi qu'avec la moyenne nationale. Nous connaissons depuis un ou deux mois déjà notre ratio de coût global pour 2004.

M. Pierre Morange, coprésident : S'agissant du taux de traitement des demandes en moins de 21 jours, de celui des attentes au guichet inférieures à 10 minutes, ainsi que du nombre de personnes reçues par chaque agent, l'éventail des performances est assez large. Notre volonté n'est évidemment pas de nous ériger en tribunal, mais de mieux valoriser la ressource humaine et d'optimiser son emploi, au bénéfice des assurés. Nous souhaitons donc savoir quels sont vos objectifs en matière d'amélioration de la productivité, de mutualisation des moyens, de recours aux téléprocédures, d'informatisation ? Participerez-vous aux expériences de mutualisation du réseau que projette la caisse nationale ? Quels moyens de simplification désirez-vous voir mis en œuvre ?

M. Hervé François : La caisse de Seine-et-Marne est la seule des huit caisses d'Île-de-France à n'être pas issue de l'ancienne caisse de la région parisienne, qui n'a été découpée qu'en 1991. Étant d'une taille comparable aux sept autres, elle n'a eu aucun mal à s'inscrire dans leur tradition de mutualisation. Nous avons un certain nombre de services communs comme l'imprimerie, le centre informatique, la gestion des marchés, etc. Peut-on aller plus loin ? Certainement, mais le problème ne se pose pas de la même façon dans les caisses ayant une certaine masse critique et dans les autres : il est justifié d'avoir un service de la ressource humaine pour gérer 600 personnes, mais c'est moins le cas lorsque l'effectif est plus réduit. En Île-de-France, région qui concentre près d'un cinquième des allocataires, la plus petite caisse en a 165 000 et la plus grande 360 000, tandis que le nombre d'agents va de 600 à 2 000.

M. Pierre Morange, coprésident : Quels sont, précisément, les objectifs que vous vous donnez et les mesures que vous souhaitez voir mises en œuvre ?

M. Hervé François : Sur le plan de la qualité du service, la CAF de Seine-et-Marne a connu de grandes difficultés entre 1999 et 2002, mais a redressé la barre en 2004, grâce à une réorganisation permise par des changements de personnes – ce qui n’est pas forcément facile dans le secteur public – et à une meilleure utilisation des moyens informatiques. Nous sommes en train de nous doter d’un nouvel outil, la corbeille électronique, qui permet la dématérialisation totale des documents, scannés dès réception afin que les opérateurs n’aient plus de papier à manipuler. Tout fonctionnera à la rentrée. Dans le Val-d’Oise, qui nous a précédés, on a constaté une nette amélioration, en temps et en qualité.

M. Pierre Morange, coprésident : Cela aura-t-il des conséquences sur la ressource humaine, compte tenu des départs à la retraite ?

M. Hervé François : Notre caisse a la particularité de gagner des allocataires chaque année : en cinq ans, nous sommes passés de 165 000 à 184 000. En outre, le nombre des bénéficiaires du revenu minimum d’insertion (RMI) a crû de 13 % entre 2003 et 2004, dans un département qui en comptait relativement peu jusque-là. Nous recevons également 25 % de courriers de plus qu’il y a cinq ans, ce qui n’est pas sans conséquence sur la charge de travail. Il n’est donc pas possible d’annoncer à l’avance le nombre d’emplois que la corbeille électronique permettra de supprimer.

M. Pierre Morange, coprésident : Quel calendrier vous donnez-vous ?

M. Hervé François : Nous sommes dans la moyenne de notre groupe, qui n’est pas le plus performant de France. Nous étions à 72 % de pièces traitées en moins de 21 jours en 2002, nous sommes descendus à 71 % en 2003, et remontés à 73 % en 2004. Grâce à la corbeille électronique, nous devrions arriver au niveau moyen national, soit 95 %, la moyenne de notre groupe étant de 93 %, en 2006, qui sera la première année pleine. Mais notre objectif est d’être un peu au-dessus de la moyenne.

M. Pierre Morange, coprésident : Dans quel délai ?

M. Hervé François : Disons deux ans. C’est peut-être optimiste, mais il faut l’être.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Existe-t-il un ratio des effectifs sur le nombre d’allocataires ? Y a-t-il une norme nationale ?

M. Hervé François : Cela dépend en grande partie du volume d’action sociale de chaque caisse. Certaines ont à gérer des foyers de jeunes travailleurs, des centres de vacances, et ont donc besoin de plus de personnel. Indépendamment de cela, le nombre d’allocataires n’est pas un critère suffisant : il faut le pondérer, car un couple avec deux enfants qui ne touche que les allocations familiales coûte beaucoup moins cher que s’il percevait aussi le RMI et l’allocation logement. Notre effectif brut de 184 000 allocataires passe ainsi, en données pondérées, à 257 000. Les ratios devraient être assez proches compte tenu de ces corrections, mais ce n’est pas toujours le cas.

M. Pierre Morange, coprésident : La CAF de Montpellier est dans le haut du classement pour la qualité du service rendu à l’usager. Quels dispositifs ont été mis en place pour parvenir à ce résultat ? Et quelle est votre politique d’implantations ?

M. Jean-Pierre Péquignot : La difficulté, quand on est au premier rang, c'est de s'y maintenir. Or, l'utilisateur perçoit très défavorablement les moindres dégradations. La CAF de Montpellier se trouve dans une région en forte croissance démographique, où il arrive mille nouveaux habitants chaque mois, et où la précarité ne cesse de croître. Sur nos 160 000 allocataires, 20 000 touchent le RMI. Le choix historique que nous avons fait il y a cinq ou six ans consistait à adopter une logique « industrielle », avec vérification de la présence de toutes les pièces dès leur arrivée et relance immédiate des allocataires dans le cas contraire, afin que chaque dossier soit prêt à être traité lorsqu'il arrive sur le bureau du liquidateur. Ce mode d'organisation est le seul qui permette de faire face à la croissance rapide du nombre des allocataires.

La CAF de Montpellier a été la première à mettre en place une corbeille électronique, source de gains de temps et de qualité considérables. Toutes les pièces peuvent maintenant être lues dès l'accueil, dans n'importe quelle antenne, et en présence de l'utilisateur. Nous avons également fait un gros effort pour favoriser la télédéclaration des ressources, en misant sur la présence d'un grand nombre d'étudiants. Nous en sommes à 15 % et notre objectif est d'arriver à 25 %. L'intérêt est triple : il n'y a plus de manipulation de papier, une partie du travail est faite par l'utilisateur lui-même, et cela ne coûte guère que le prix de quelques micro-ordinateurs installés dans les centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires (CROUS) ou d'autres lieux - mais il faut reconnaître que la culture montpelliéraine est assez « techno ».

Pour ce qui est des conséquences sur la ressource humaine, il faut insister sur la requalification des personnels, sur la diversification des compétences, sur l'adaptation du potentiel à la charge. Il n'est pas rare qu'un agent change deux ou trois fois d'activité dans une même journée. Cette pratique, assez nouvelle pour notre caisse, nous a permis de faire face aux flux de 2004.

Enfin, la CAF de Montpellier, qui est avec Béziers l'une des deux caisses de l'Hérault, a depuis longtemps son siège en centre-ville, mais emménagera en janvier 2006 dans un immeuble neuf dont le gros œuvre est achevé, dans un quartier où résident un grand nombre de nos allocataires. Nous essayons par ailleurs de redistribuer nos points d'accueil, aussi bien dans la ville que dans les autres localités de notre ressort : Sète, Lunel, Lodève. Une étude doit être remise au conseil d'administration. L'idée, assez communément partagée d'ailleurs par les autres caisses, est d'offrir dans chaque antenne le même service qu'au siège, grâce à la dématérialisation des documents.

M. Pierre Morange, coprésident : Cela paraît tout à fait évident. Selon les éléments que vous nous avez fait parvenir, il semble qu'il n'y ait pas, dans votre CPG, d'objectif de productivité ni de baisse des coûts de gestion. Pourquoi ? Que pensez-vous, par ailleurs, de l'idée d'intégrer la CAF dans les maisons des services publics ? Et où en est la mutualisation engagée avec la CAF de Bordeaux ?

M. Jean-Pierre Péquignot : Nous estimons avoir déjà fourni un effort important. Nous avons mis en place des assistants de proximité pour fournir un soutien technique à nos agents. Le mot productivité ne figure pas dans notre CPG, c'est vrai, mais notre objectif est d'arriver à une courbe de Gauss parfaite.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous avons bien compris votre philosophie, mais pourquoi ne pas l'écrire noir sur blanc ?

M. Jean-Pierre Péquignot : Le mot figurera dans le prochain CPG. Il n'était pas dans l'ancien, dont je ne suis pas responsable. Nous travaillons à un meilleur couple qualité-productivité.

Avec la CAF de Bordeaux, nous avons travaillé sur la description et l'amélioration des processus de travail, en sachant toutefois que Bordeaux est dans une logique, plus transversale, de management par les processus, et nous dans une logique d'industrialisation, de plus grande fluidité. Mais les deux se rejoignent et nous avons adressé à la direction générale de la CNAF un document de réflexion qui vise à apporter des réponses précises à des questions que tout technicien peut se poser.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous en venons à la CAF du Sud-Finistère. Nous voulons savoir pourquoi celle-ci a connu des difficultés financières et si celles-ci ont été résorbées. La caisse nationale a-t-elle exercé un contrôle de gestion ? Quels dispositifs entendez-vous mettre en œuvre ? Quels critères d'efficacité figureront dans le prochain CPG ?

M. Robert Ligier : Nous avons connu, en effet, quelques difficultés. J'ai pris mes fonctions en juillet 2001, avec la mission de redresser la caisse sans porter atteinte à la qualité du service. Il y avait eu des erreurs sous la gestion précédente, qui ont abouti à des sureffectifs. Pour l'action sociale, le sureffectif était de 70 par rapport à la norme nationale, et de 18 pour l'action administrative.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Il y a donc une moyenne nationale qui sert d'indicateur ?

M. Robert Ligier : Tout à fait.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Mais les caisses locales sont-elles tenues par ces normes, ou se gèrent-elles comme elles veulent ?

M. Robert Ligier : Il y a eu des politiques locales qui n'étaient pas celles souhaitées par la CNAF. Nous avons voulu mettre en place un contrôle par la tutelle, en 2002 puis en 2004, et un avis de la Cour des comptes a confirmé la gestion dispendieuse passée. Nous avons un plan de redressement à long terme. Il faudra trois CPG pour revenir à la normale. Le premier est passé, et nous avons pu rétablir les choses au niveau de l'organisation du service.

M. Pierre Morange, coprésident : Grâce aux départs à la retraite ?

M. Robert Ligier : Notre politique est en effet de ne pas remplacer les départs à la retraite.

M. Pierre Morange, coprésident : Cela laisse tout de même dubitatif sur la possibilité qu'ont les caisses de s'exonérer des normes et des ratios de la CNAF. Quels sont les éléments qui permettent de justifier une telle autonomie ?

M. Robert Ligier : Un des grands mérites des CPG est de recadrer les choses par rapport à la situation d'autonomie antérieure. Certains ont mal géré, mais la situation de la CAF du Sud-Finistère est tout de même atypique : quand je parle d'erreurs de gestion, le mot est faible.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous avons bien compris que ce n'était pas le cas général. On peut très bien envisager, d'autre part, que la mobilité de la ressource humaine entre les caisses permette de résorber plus rapidement les sureffectifs qu'en attendant simplement que les gens partent à la retraite. Y avez-vous réfléchi ?

M. Hervé François : La CAF de Seine-et-Marne couvre un territoire très étendu, une centaine de kilomètres du nord au sud. Nous sommes dans le droit commun du droit du travail, et il n'est déjà pas facile de trouver des agents pour aller faire de l'accueil à l'autre bout du département, mais avec du temps et de la persuasion, on y arrivera. La mobilité entre les caisses n'est pas facile non plus, mais elle n'est pas impossible. C'est une piste.

M. Robert Ligier : On peut toujours proposer.

M. Pierre Morange, coprésident : Qu'allez-vous faire en matière de dématérialisation, de corbeille électronique ? Selon quel calendrier ? Et quels critères seront retenus dans le CPG ?

M. Robert Ligier : Les difficultés de la CAF du Sud-Finistère tiennent plus à l'action sociale qu'à l'action administrative, dont le sureffectif de 18 postes sera résorbé dès 2008, à la fin de l'actuel CPG. Pour l'action sociale, l'horizon est 2014. Au 1^{er} janvier 2002, nous avons mis en place une nouvelle organisation, reposant sur une politique de qualité du service, qui a donné des résultats. Aujourd'hui, nous sommes dans une nouvelle phase, où il s'agit d'introduire de nouveaux outils : la corbeille électronique, le dialogue avec l'utilisateur grâce aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), les forums sur Internet.

M. Pierre Morange, coprésident : Cela fera-t-il partie du futur CPG ?

M. Robert Ligier : Ce sera demandé.

M. Pierre Morange, coprésident : Notre collègue Cécile Gallez a souhaité, lors d'une précédente audition, une gestion plus dynamique des aides au logement, qui permette de tenir compte de la situation actualisée des allocataires. Considérez-vous que cela donnerait des marges de manœuvre budgétaires aux caisses et serait bénéfique à leur situation financière réelle ?

M. Hervé François : Le problème est celui du décalage entre la période de référence et la réalité. Cela joue pour toutes les allocations, mais il est vrai qu'il faudrait le réduire.

M. Pierre Morange, coprésident : Cette simplification est au cœur de notre démarche. Ce qu'on verse à des gens qui ne remplissent plus les conditions pourrait être donné à d'autres qui sont en situation de détresse.

M. Hervé François : Ce ne serait pas forcément une source d'économie. Mais il serait plus juste de prendre une référence qui date de moins d'un an et demi.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous sommes preneurs de toute suggestion que vous pourriez nous faire, et que nous transmettrions à l'exécutif.

M. Georges Colombier : C'est une des principales causes de mécontentement que nous rencontrons sur le terrain chez les allocataires. Tout le monde gagnerait à une amélioration du dispositif.

M. Pierre Morange, coprésident : Il faut que vous nous suggériez des mesures de simplification qui, si j'ose dire, soient elles-mêmes simples.

M. Hervé François : Il est illusoire de penser simplifier radicalement, tant les situations sont complexes, diverses et mouvantes. Mais ce qui serait vraiment appréciable, c'est de stabiliser les règles. Lorsqu'elles changent tout le temps, c'est très difficile pour nous, et plus encore pour l'allocataire, qui se trouve privé de sécurité juridique et a encore plus de mal à comprendre qu'en temps ordinaire, d'autant plus que les changements sont précédés de quelques mois par des effets d'annonce.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Dans chacun de vos quatre départements, le réseau des caisses locales est-il satisfaisant, ou est-il temps de réfléchir à sa restructuration, après des décennies durant lesquelles les choses ont été gelées ?

M. Christian Crespel : Une mesure intéressante consisterait à prendre pour référence les déclarations fiscales des allocataires, au lieu de leur faire remplir une déclaration de ressources que l'on confronte ensuite au fichier de la direction générale des impôts (DGI). Cela ferait gagner du temps et de l'énergie.

M. Hervé François : Mais une part non négligeable des allocataires, celle qui vit des seuls minima sociaux, ne fait pas de déclaration fiscale. L'administration fiscale ne trouverait guère d'intérêt à ce qu'ils en fassent une, mais les CAF, si.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Et la restructuration géographique ? Qu'en pensez-vous ?

M. Christian Crespel : Je me sens quelque peu interpellé, car il y a huit caisses dans mon département, et ce depuis 1945. Mais le sujet n'est pas tabou dans la branche. Nous avons une occasion historique, grâce aux départs massifs à la retraite qui auront lieu vers 2009-2010, de regrouper un certain nombre de fonctions. Les CAF de Dunkerque et d'Armentières, par exemple, relèvent du même tribunal des affaires de sécurité sociale, celui de Lille. On pourrait décider, dans le CPG, que lorsqu'il y a une affaire, c'est celui qui est le plus proche qui se déplace. De même, on peut centraliser le système des paies, dès lors qu'il y a un logiciel commun. Il existe d'ailleurs déjà des pôles régionaux, qui dépassent la configuration départementale. Le sujet, je le répète, n'est pas tabou.

M. Robert Ligier : Il l'est d'autant moins que nous menons déjà, à un niveau certes modeste, des actions de mutualisation destinées à améliorer la qualité du service ou à réduire les coûts de gestion. Ainsi, au lieu de passer des marchés séparés, les deux caisses d'un même département peuvent bénéficier d'économies d'échelle en se groupant.

M. Pierre Morange, coprésident : C'est le bon sens, et l'on peut s'étonner que cela n'ait pas été mis en avant plus tôt. Justement, quel est votre calendrier de mise en œuvre ?

M. Christian Crespel : Notre échéance est 2008, notamment pour le regroupement de deux structures dans le département du Nord, où existe une pratique relativement ancienne de regroupement des moyens.

M. Pierre Morange, coprésident : Mais vous inscrivez-vous dans les pôles régionaux de mutualisation ?

M. Christian Crespel : Tout à fait. On ne peut pas s'en exonérer.

M. Pierre Morange, coprésident : Quelles missions ces pôles régionaux privilégient-ils ?

M. Christian Crespel : Toutes les missions annexes, tout ce qui est commun à tous les organismes de sécurité sociale, afin de réserver nos forces pour la production, la liquidation, le service de proximité.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Les directeurs de caisses sont-ils tous d'accord ?

M. Hervé François : Sur le principe de la mutualisation, il n'y a pas de problème. Après, il reste à voir les modalités... Nous avons un service d'audit externe commun aux caisses, mieux vaut d'ailleurs qu'il ne dépende pas d'une caisse.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Vos conseils d'administration partagent-ils la même vision ?

M. Hervé François : Peut-être...

M. Pierre Morange, coprésident : Nous apprécions la netteté de la réponse ! Dans le Sud-Finistère, par exemple, avez-vous le sentiment que c'est le cas ?

M. Robert Ligier : Les conseils d'administration des deux caisses du département ont mis en place une commission de concertation, où des administrateurs travaillent sur des axes de mutualisation. Il n'y a plus de tabou politique, dès lors qu'on est sur une logique de mutualisation et non pas de fusion.

M. Jean-Pierre Péquignot : Nous sommes dans la même situation. La réflexion porte sur la mutualisation à structure constante, sur les échanges de bonnes pratiques. C'est sans doute là que la complexité est la plus grande, car l'histoire pèse de tout son poids. Le réseau des CAF n'est pas issu d'une vue de l'esprit, mais d'une réalité sociale, avec des logiques de terroir très fortes. On fait tout ce qu'on peut pour les dépasser, pour travailler sur des logiques communes, pour discuter ensemble avec les conseils généraux, avec les services déconcentrés de l'État, mais dans les conseils d'administration, l'idée d'arriver à une caisse unique pour l'Hérault n'est pas présente...

M. Pierre Morange, coprésident : Avez-vous une réflexion sur votre articulation avec les CRAM ? On a évoqué l'échelon régional : cela vous paraît-il intéressant ou non ? Je sais que ce sont des métiers différents, mais il y a des passerelles.

M. Hervé François : Votre question me surprend un peu. J'ai travaillé dans une CRAM. Elles ont peu à voir avec nous. Peut-être y a-t-il des synergies à trouver sur le volet des travailleurs sanitaires et sociaux, mais pour le reste, je ne crois pas. Et d'ailleurs, de quelles CRAM parlez-vous ? Des CRAM vieillesse ou des CRAM maladie ?

M. Pierre Morange, coprésident : Nous avons rencontré la présidente de la CNAVTS ; on pourrait envisager une spécialisation, un recentrage sur les cœurs de métier. L'articulation pourrait alors s'envisager autour du réseau qui irrigue le pays par le biais des CAF.

M. Hervé François : Le problème est que les usagers ne sont pas les mêmes, bien que nous ayons des centres sociaux multigénérationnels, où des personnes âgées viennent faire leur partie de trictrac. Si je peux au passage vous enlever de la tête une idée reçue, il

n'est pas tout à fait exact que le réseau soit figé depuis 1945. En 1954, la caisse de Seine-et-Marne a repris le nord du département, qui était géré jusque-là par la caisse de la région parisienne.

M. Georges Colombier : La phase technique de la négociation du CPG pour 2005-2008 est maintenant achevée, et il reste à attendre les arbitrages budgétaires. Je voudrais savoir si les quatre directeurs présents partagent les craintes de la présidente d'une des CAF de mon département, l'Isère, pour les contrats enfance, les contrats temps libre, l'animation de la vie sociale.

M. Christian Crespel : Oui. Nous pouvons tous faire la même réponse.

M. Hervé François : Je me suis occupé d'action sociale. La politique d'action sociale des caisses (développement de crèches, de l'accueil du jeune enfant) correspond à une demande de la population comme des collectivités locales, et est comme un vélo : si elle n'avance plus, elle tombe. Nous avons pris des engagements, on attend de nous que nous les tenions et que nous leur donnions un contenu. Une politique de développement n'est pas une politique de gestion. Le taux de progression n'est pas le même. Mais c'est un problème politique.

M. Pierre Morange, coprésident : Je remercie chacun d'entre vous de votre participation.

AUDITIONS DU 12 MAI 2005

Audition de M. Michel Morel, vice-président du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole (MSA) et de M. Yves Humez, directeur général de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA)

M. Pierre Morange, coprésident : J'ai le plaisir de souhaiter la bienvenue à M. Michel Morel, vice-président du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole, et à M. Yves Humez, directeur général de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Le champ d'étude de la mission est restreint à l'organisation des branches du régime général de la sécurité sociale, mais il nous a semblé intéressant, à titre de comparaison, de connaître le mode de gestion de la MSA. Dans ce cadre, je vous demanderai de décrire vos missions et les caractéristiques de votre organisation ; de dresser le bilan de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2002-2005 et de nous dire si des objectifs de productivité y figurent pour le contrôle médical ; de nous indiquer quelles orientations vous souhaitez donner à la prochaine COG ; de nous faire savoir enfin quels sont vos coûts de gestion.

M. Michel Morel : Comme vous le savez, la gestion de la MSA est très décentralisée. Et, tels M. Jourdain faisant de la prose, nous avons pratiqué la simplification administrative presque sans le savoir, en installant le guichet unique. La MSA couvre 7 % de la population française, mais le taux de couverture est nettement supérieur dans certains départements, où il s'établit dans une fourchette comprise entre 17 % et 25 % de la population. La Mutuelle, qui protège 4,1 millions de personnes, a versé 25,8 milliards d'euros de prestations en 2004 - 9,6 milliards pour les salariés et 16,2 milliards pour les exploitants - et elle est très attentive à ses coûts de gestion.

M. Pierre Morange, coprésident : Quels objectifs de productivité ont été retenus dans la COG ?

M. Yves Humez : Nous ne pouvons dresser qu'un bilan à mi-parcours. La COG a été élaborée sur la base d'un plan stratégique qui prévoyait la restructuration du réseau pour tenir compte à la fois d'une démographie agricole déclinante et des gains de productivité nécessaires, qui supposent des caisses d'une taille suffisante. C'est ainsi que de 74 entreprises en 2000 nous sommes passés à 58 caisses départementales ou pluri-départementales, soit par fusions, soit par fédérations de caisses avant fusion.

M. Pierre Morange, coprésident : Pourquoi avez-vous estimé nécessaire ce schéma intermédiaire ?

M. Yves Humez : Parce qu'il s'agit d'opérations complexes aussi bien sur le plan technique que sur le plan humain. Opter pour une fédération de caisses permet que les conseils d'administration considérés continuent d'exister et que les administrateurs se persuadent, à l'usage, de l'utilité d'une fusion qu'ils n'auraient pas nécessairement acceptée immédiatement. Il n'était pas possible de procéder à des fusions par la contrainte. Il fallait donc trouver les moyens de les faciliter.

M. Michel Morel : La MSA a toujours été très proche de ses adhérents et elle entend continuer de l'être. Il fallait donc concilier la constitution de caisses d'une taille suffisante et le maintien du contact sur le terrain.

M. Pierre Morange, coprésident : Quels objectifs de productivité souhaitez-vous fixer dans la prochaine COG ? Vous avez mentionné le guichet unique, dont je souligne la pertinence, et rappelé que votre gestion est décentralisée. Ces éléments ne sont-ils pas source de difficultés en matière de ressources humaines lorsque l'on entreprend de faire fusionner les caisses ? Par ailleurs, qu'en est-il de la gestion de votre parc informatique ? Envisagez-vous une rationalisation ?

M. Yves Humez : Nous avons estimé important de conserver des sites départementaux ou pluri-départementaux et nous avons privilégié la mobilité fonctionnelle plutôt que la mobilité géographique, si bien que les salariés n'ont pas eu à changer de lieu de travail. Pour ce qui est de l'informatique, nous avons régulièrement défini des schémas directeurs. Nous en sommes au troisième. Nous avons ainsi créé un centre de développement des logiciels et cinq centres d'exploitation. De plus, le basculement vers UNIX a été très rentable. L'ensemble de ces décisions nous a permis de réduire nos coûts informatiques, ce qui ne nous empêche évidemment pas de réfléchir à notre prochain schéma directeur. Il couvrira la période 2006-2010 et il sera axé sur la dématérialisation. Cette démarche, indispensable, s'engagera au moment où les départs à la retraite passeront de 400 à 700 par an. L'occasion nous sera ainsi donnée de revoir les emplois nécessaires, qui ne sont pas les mêmes qu'hier.

M. Pierre Morange, coprésident : Dans quelle proportion comptez-vous remplacer les départs à la retraite ?

M. Yves Humez : Notre perspective est d'en remplacer un sur deux.

M. Pierre Morange, coprésident : Cela vous paraît-il conciliable avec une gestion décentralisée ?

M. Yves Humez : Nous avons fort heureusement restructuré notre réseau quand il le fallait. En effet, dans les plus petites caisses, l'expertise est faible. Notre objectif est de parvenir à un réseau de quelque 40 entreprises en 2006. Tout en améliorant nos services de proximité par la création d'agences nous bénéficierons de l'expertise nécessaire dans des caisses de taille suffisante. Nous escomptons réduire ainsi nos effectifs de 10 % au cours des cinq prochaines années sans mettre en péril le service de proximité auquel nous tenons.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Pourriez-vous décrire une agence de proximité ?

M. Pierre Morange, coprésident : ...et nous dire l'incidence qu'aura sur vos coûts de gestion le remplacement d'un départ à la retraite sur deux ?

M. Yves Humez : Toutes nos agences de proximité ne sont pas semblables, car nous souhaitons la configuration la mieux adaptée à chaque région, mais elles ont des caractéristiques communes en ce qu'il s'agit, dans tous les cas, d'endroits ouverts au public aux horaires de bureau habituels, et où les adhérents peuvent avoir la réponse à toutes les questions qu'ils se posent. Ces agences remplissent manifestement leur fonction partout où elles sont implantées. La restructuration a permis d'opérer des gains de gestion que nous avons ainsi réemployés.

M. Michel Morel : Il existe cinq de ces agences dans la Somme, ce qui correspond aux besoins de la population couverte. Les demandes des adhérents sont suivies au plus près, ce qui a une incidence favorable sur le service rendu et sur la qualité du traitement des dossiers.

M. Yves Humez : Une projection en euros constants permet d'estimer que nous pourrions passer d'une masse salariale de 588 millions à 544 millions dans cinq ans, soit une réduction de 7,5 %. Par ailleurs, nous avons couplé à nos cinq centres informatiques cinq centres d'édition. Cela nous permet, en nous pliant aux demandes de La Poste, de conserver des tarifs contractuels intéressants.

M. Pierre Morange, coprésident : À ce sujet, qui négocie les contrats ?

M. Yves Humez : Dans le cas de La Poste, il s'agit d'un contrat cadre qui a des déclinaisons locales. Les achats se font dans l'ensemble localement, mais nous avons constitué un GIE chargé de certains types d'achat.

M. Pierre Morange, coprésident : N'envisagez-vous pas de généraliser les achats en commun ?

M. Yves Humez : Nous les groupons aussi souvent que nécessaire.

M. Pierre Morange, coprésident : Comment s'explique la différence de réduction des coûts de gestion selon les caisses après les fusions ?

M. Yves Humez : D'une part, la diminution des coûts ne se fait pas sentir immédiatement après une fusion, d'autant qu'il n'y a eu aucun plan social. Beaucoup dépend aussi de la taille des caisses, du nombre d'entreprises fusionnées et de départements concernés.

M. Michel Morel : Nous souhaitons amener les conseils d'administration à se préoccuper des coûts de fonctionnement des caisses et nous leur fournissons des ratios à cet effet. Mais il s'agit d'entreprises de services qui, à ce titre, ont d'importants frais de personnel.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : À combien s'élèvent, en pourcentage, vos coûts de gestion ?

M. Yves Humez : À 4,1 % des prestations en moyenne. Nos allocations aux caisses sont fonction de leur volume d'activité et non de leurs besoins, si bien que ce qui est suffisant pour l'une peut ne pas l'être pour une autre. Il peut donc y avoir déficit. Dans ce cas, une recherche d'économies s'impose, qui incite dans un premier temps à la recherche d'économies de gestion, puis au rapprochement avec les caisses voisines. Ce mécanisme a été un puissant levier de restructuration.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Ainsi, certaines de vos caisses sont plus vertueuses que d'autres ?

M. Yves Humez : Oui.

M. Pierre Morange, coprésident : Quel est le champ de compétences de la caisse centrale dans un dispositif très décentralisé ?

M. Yves Humez : La MSA est une caisse centrale et non une caisse nationale. N'étant pas un établissement public, elle n'est, juridiquement parlant, que faiblement armée pour imposer des directives aux caisses départementales. Pourtant, nous avons réussi à nous restructurer, ce qui tend à démontrer qu'il n'est pas toujours besoin de grands pouvoirs pour faire avancer les choses. Il y a cinq ans, les administrateurs ont décidé que la restructuration

était nécessaire. Il nous est ensuite revenu d'offrir aux caisses un appui méthodologique, et l'ensemble a produit des effets. Je suis persuadé que la coercition aurait été moins efficace.

M. Michel Morel : Il est exact que les caisses sont plus ou moins vertueuses. Comme vous l'a dit M. Yves Humez, nous avons peu de moyens juridiques, mais nous avons le souci constant de rappeler aux conseils d'administration qu'ils sont responsables de la gestion de leur caisse devant leurs membres. La persuasion a suffi à faire évoluer le réseau. Si on lui avait préféré la contrainte, je suis convaincu qu'on aurait assisté à une véritable débandade de gens démotivés. Nous nous devons de faire que les élus gardent des responsabilités.

M. Pierre Morange, coprésident : Je retiens que la caisse centrale a un pouvoir d'influence et un rôle de facilitateur. Pour ce qui est maintenant de la future COG, avez-vous décidé de mutualiser les services « invisibles » que sont les centres d'appels téléphoniques et les centres comptables et administratifs ? Quelles sont d'autre part vos relations avec votre tutelle ?

M. Yves Humez : La seule particularité de notre tutelle est qu'elle est exercée par le ministère de l'agriculture. Pour le reste, il s'agit d'un contrôle budgétaire classique. De par la population que nous couvrons, nos liens avec le ministère sont très étroits mais il nous faut, dans le même temps, traiter les problèmes généraux de la sécurité sociale. A ce sujet, la gestion du guichet unique est un peu complexe mais elle présente beaucoup d'avantages. En particulier, ce dispositif réduit notablement les coûts de gestion, puisque toutes les informations dont nous avons besoin sont disponibles au sein d'une seule base de données, ce qui évite d'avoir à les demander et à les saisir plusieurs fois. C'est d'autant plus appréciable que la MSA assure aussi le recouvrement pour l'UNEDIC, l'AGIRC, l'ARRCO, la complémentaire maladie et les associations de formation.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Vous êtes convaincu des avantages du guichet unique. Pensez-vous que ce dispositif puisse être transposé à d'autres régimes ?

M. Yves Humez : Le guichet unique est une manière d'apporter un service à laquelle je crois, et je constate avec satisfaction que d'autres régimes vont s'inspirer de notre modèle, notamment celui des artisans et des commerçants. Je ne sais si un tel dispositif peut être généralisé mais j'observe que lorsque l'on connaît bien une population et ses représentants, avec lesquels on entretient des liens permanents, une synergie se crée.

Pour ce qui est de la mutualisation des services, la restructuration en est une en soi. La création de cinq centres informatiques et de cinq centres d'édition en est une autre, et nous avons aussi créé l'équivalent du versement en un lieu unique (VLU). Comme je l'ai dit, notre réflexion porte à présent sur la dématérialisation car, s'il est nécessaire que nos adhérents puissent être reçus, la production peut se faire ailleurs. Un schéma directeur sera défini pour améliorer l'efficacité de notre dispositif.

S'agissant du contrôle médical, la MSA dispose de 250 médecins-conseils et de 300 médecins du travail. Ces derniers s'attachent à prévenir les accidents du travail et mettent l'accent sur la santé et la sécurité au travail. Nos médecins-conseils ont les missions traditionnellement dévolues aux médecins-conseils du régime général. Ils interviennent par ailleurs pour mettre au point et coordonner des projets d'ingénierie médico-sociale, comme ils l'ont fait lorsque nous avons expérimenté notre réseau de gérontologie. Il leur revient aussi de repérer les comportements de prescription aberrants et d'en alerter les auteurs.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Menez-vous une action de dépistage ?

M. Yves Humez : Oui. Des examens différents sont proposés selon les catégories d'âge considérées.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Quel est le coût moyen d'un examen de prévention ?

M. Yves Humez : Je vous le ferai savoir.

M. Jean Pierre Door, rapporteur : Votre politique gérontologique est exemplaire.

M. Yves Humez : Nous souhaitons l'étendre encore.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Comptez-vous créer des plates-formes téléphoniques ?

M. Yves Humez : Nous procédons à une expérimentation sur deux sites, car nous ne souhaitons pas généraliser un tel dispositif sans être certains de son utilité.

M. Michel Morel : Il faut savoir que la MSA compte dix élus dans chaque canton et que le téléphone sonne chez les présidents départementaux sans considération d'horaires.

M. Pierre Morange, coprésident : Le guichet unique sous-entend la polyvalence des compétences dans des métiers différents. Or, certaines des personnalités que nous avons entendues la tiennent pour inenvisageable. Comment l'avez-vous acquise ?

M. Yves Humez : Au cours de sa carrière, un agent peut se spécialiser successivement dans différents domaines. D'autre part, si la législation est complexe, tous les dossiers ne le sont pas, et 80 % d'entre-eux peuvent être traités sans anicroches. On ne peut tendre à la polyvalence absolue, mais une certaine flexibilité permet de s'ajuster aux besoins.

M. Pierre Morange, coprésident : Quelles réflexions vous inspire l'évolution démographique prévisible dans le secteur agricole ? Quelles sont vos perspectives d'équilibre entre recettes et dépenses ?

M. Yves Humez : La MSA est chargée de la gestion du régime de protection sociale des salariés d'une part, des exploitants d'autre part. A mon avis, l'équilibre du régime des salariés agricoles se maintiendra. En revanche, le nombre des 650 000 exploitants actuels diminuera, et l'on compte, à ce jour, deux millions de retraités.

Le fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) va être installé aujourd'hui même. La question posée est de savoir si l'effort contributif des cotisants de la MSA est comparable à celui des cotisants aux autres régimes. Si ce n'était pas le cas, une correction s'imposerait, mais s'il y a parité, ce qui est le cas, le déficit constaté s'explique par la situation démographique du régime. Dans ces conditions, il serait logique de mettre en œuvre le dispositif légal de compensation puisqu'il faudra bien, *in fine*, équilibrer le FFIPSA. En matière de protection sociale, la règle n'est-elle pas qu'à effort contributif équivalent, il doit y avoir prestations équivalentes ? Or, à un revenu agricole évalué à 6,6 milliards, il faut déjà rapporter une dépense de 6,2 milliards pour l'assurance maladie seulement. Des apports extérieurs sont donc nécessaires, ce qui signifie que la solidarité interprofessionnelle ou nationale doit s'exercer.

M. Michel Morel : L'effort contributif étant à parité, et l'agriculture française connaissant les mutations profondes que l'on sait, la question est de savoir si la communauté

nationale veut faire preuve de solidarité envers une partie de sa population qui perd de ses actifs et envers des retraités qu'il faut soutenir.

Mme Cécile Gallez : Comment parvenez-vous à intervenir auprès des prescripteurs ? Qui se permet de dire à un médecin : « Vous prescrivez trop » ?

M. Yves Humez : Si un médecin-conseil constate qu'un mode de prescription s'écarte du comportement moyen, il en fait part, par lettre ou oralement, au médecin considéré. Généralement, cette observation suffit, car il s'agit le plus souvent de méconnaissance. C'est pourquoi des référentiels précis seraient nécessaires. Là encore, il ne s'agit pas de coercition, mais d'explications : la mise en évidence de pratiques prescriptives différentes suffit à faire corriger le tir.

M. Jacques Domergue : Avez-vous constaté un changement de comportement des assurés depuis la réforme de l'assurance maladie ? Avez-vous modifié vos contrôles ?

M. Yves Humez : Nous suivons la réforme, puisque nous sommes membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Il est un peu tôt pour dire si les comportements ont changé, mais nous avons mis au point un partenariat avec la Fédération des aînés ruraux pour diffuser des informations sur la bonne gestion du médicament. Pour ce qui est de l'évolution des dépenses, nous sommes en dessous de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour les dépenses de ville, mais cela a toujours été le cas, car nos assurés recourent moins aux spécialistes que les assurés du régime général.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Nous vous serions reconnaissants de nous faire parvenir vos suggestions et propositions éventuelles de simplifications réglementaires et administratives.

M. Yves Humez : Cela sera fait. Je ne saurais conclure sans rappeler que la MSA a mis au point le titre emploi simplifié agricole, grand élément de simplification. D'une manière générale, nous considérons que, si complexité il y a, elle doit rester dans les caisses mais que tout doit être simple pour nos assurés.

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous remercie.

*

Audition de M. Gérard Quévillon, président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles (CANAM) et vice-président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions industrielles et commerciales (ORGANIC), de M. Gérard Rouchy, président du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales (CANCABA), et de M. Jacques Augustin, directeur général commun de la CANCAVA, de l'ORGANIC et de la CANAM

M. Pierre Morange, coprésident : J'ai le plaisir d'accueillir M. Gérard Quévillon, président du conseil d'administration de la CANAM et premier vice-président du conseil d'administration de l'ORGANIC, M. Gérard Rouchy, président du conseil d'administration de la CANCAVA, et M. Jacques Augustin, directeur général commun de la CANCAVA, de l'ORGANIC et de la CANAM.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Vous avez la chance historique de fonder un nouveau régime : le régime social des indépendants (RSI), qui exercera la mission d'interlocuteur social unique pour le recouvrement des cotisations et des contributions sociales personnelles des travailleurs indépendants. L'ordonnance relative à la création, à titre transitoire, d'institutions communes aux régimes de sécurité sociale des travailleurs indépendants est parue le 31 mars dernier et, le 20 avril, est paru le décret d'application précisant la composition et le fonctionnement de l'instance nationale provisoire. Le RSI devrait fonctionner à partir du 1^{er} janvier 2006. Vous êtes donc en train de négocier sur des thèmes délicats : le schéma d'implantation territoriale des futures caisses de base du nouveau régime, la fusion des trois caisses nationales actuelles, et les garanties sociales dont bénéficieront les agents. Dans ce contexte, pourriez-vous préciser les motivations qui ont conduit à la création d'un nouveau régime, dire quelles sont les principales difficultés rencontrées dans le processus de fusion et expliquer l'impact attendu de la réforme sur la qualité des services d'une part, sur les coûts de gestion d'autre part ?

M. Gérard Quévillon : Après que l'État a fait plusieurs tentatives visant à définir un interlocuteur unique pour nos trois réseaux dans le seul domaine du recouvrement des cotisations, nos trois conseils d'administrations ont eu le courage de décider une fusion destinée à procurer aux indépendants un régime social commun. Une des particularités de nos trois régimes est que nous avons décidé, dès leur création, que certaines prestations et certains services seraient rendus par des compagnies d'assurances privées ou des mutuelles. Il en résulte, pour le paiement des prestations maladie, un réseau de points d'accueil déjà constitué, qui subsistera dans le nouveau régime.

Les difficultés ont tenu à ce qu'il a fallu convaincre trois réseaux de travailler ensemble alors qu'ils avaient des cultures différentes. Tous, cependant, avaient à cœur le service à l'adhérent et le suivi des dossiers. Le souci commun est de savoir si la fusion permettra de maintenir et d'améliorer le service rendu. L'exercice est difficile, mais tous nos salariés sont motivés. La fusion améliorera progressivement le coût de gestion, mais dans une certaine proportion seulement car elle est prévue sans licenciements. Cependant, tous les départs à la retraite ne seront pas remplacés. Or, sur un effectif total, pour les trois régimes, de 5 600 employés, nous nous attendons à quelque 600 ou 700 départs, soit de 15 % à 17 % du personnel, d'ici 2008.

Notre souhait est d'améliorer le suivi social de nos adhérents tout en stabilisant les coûts de gestion.

M. Pierre Morange, coprésident : Quel sera le ratio de remplacement ?

M. Gérard Rouchy : Il est difficile de vous répondre car les besoins en personnel dépendront des décisions que prendra l'instance provisoire sur la localisation des caisses et des agences de proximité.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Vous devez bien avoir une petite idée.

M. Gérard Quévillon : On dénombre 95 sites pour les trois régimes confondus. Selon les premières projections, il serait possible de limiter le nouveau réseau, qui se substituerait aux implantations actuelles, à quelque 40 caisses. Nous n'en savons pas plus à ce jour.

M. Gérard Rouchy : L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a rendu un rapport à ce sujet, qui est sur le bureau du ministre. L'instance provisoire tranchera en fonction de ses conclusions.

M. Pierre Morange, coprésident : Quel sera le domaine de compétences de la structure centrale ? Quels seront vos liens avec l'URSSAF pour la collecte des cotisations ?

M. Gérard Quévillon : La partie la plus délicate de la fusion est la répartition entre le RSI et l'URSSAF. Nous avons obtenu du Gouvernement que la partie sociale des cotisations soit traitée par le RSI. La partie « encaissement » proprement dite fera l'objet d'une autre ordonnance, et nous n'avons pas encore négocié ce que nous étions prêts à accepter. En effet, si, dès l'origine, la branche « maladie » a délégué l'encaissement des cotisations aux organismes conventionnés, les caisses « vieillesse » régionales encaissaient directement.

M. Gérard Rouchy : L'intitulé du nouveau régime dit à lui seul notre volonté de simplification. En fusionnant deux caisses « retraite » et une caisse « maladie », on parviendra à rationaliser les coûts et à faciliter la compréhension du dispositif par les assurés, qui appréhenderont mieux à quoi servent leurs cotisations. Nous avons bâti la protection sociale des indépendants étape par étape alors qu'artisans et commerçants étaient, au départ, hostiles à une telle construction. Le schéma initial, c'était qu'à la retraite, on vendait la boutique. En dépit de mouvements, poujadistes et autres, très contestataires, nous avons réussi à faire que le taux de recouvrement soit actuellement de 97,59 %, ce qui n'est pas rien. Nous souhaitons améliorer encore l'acceptation des cotisations en créant des organismes de proximité capables d'accompagner les adhérents tout au long de leur exercice professionnel en leur offrant une couverture sociale efficace.

Il a beaucoup été dit que les pensions de retraite des artisans sont basses. Pourtant, nous sommes alignés sur le régime général depuis 1978 et, depuis la création d'un régime complémentaire, le taux de pension des artisans est identique à celui des salariés. Dans tout ce processus, nous avons servi de facilitateurs. Il reviendra au RSI de simplifier encore ce qui peut l'être. Pour autant, il faut conserver un réseau de proximité.

M. Pierre Morange, coprésident : Le RSI étant dans sa phase de préfiguration, je comprends votre prudence. Il n'empêche : quel schéma de gouvernance envisagez-vous ? Quelles seront les compétences de la structure centrale ? Qui décidera de la gestion des ressources humaines et particulièrement du taux de remplacement des départs à la retraite ? Quel est l'état de votre parc informatique ? Qui décidera de la politique d'achats ?

M. Gérard Rouchy : Chaque régime avait établi son schéma directeur informatique, mais les dispositifs ne sont pas compatibles. Toutefois, un GIE informatique a été constitué entre l'ORGANIC et la CANCAVA. Il servira de base de travail pour le RSI.

M. Pierre Morange, coprésident : J'ai cru comprendre en filigrane que vous vous êtes donné la MSA pour modèle. Or, la MSA s'est dotée du système UNIX. Comptez-vous faire de même ? Avez-vous déjà un calendrier de standardisation informatique ? Quel sera, dans l'architecture générale du futur régime, le schéma de gestion des ressources humaines ?

M. Jacques Augustin : Comme vous l'avez rappelé, nous sommes dans la phase de préfiguration. A l'avenir, le RSI se composera d'une structure centrale et d'un réseau de caisses regroupées. Le principe est que les caisses bénéficieront d'une autonomie régionale assez large mais que tout ce qui est structurant demeurera national. Ce sera le cas, notamment, du dialogue social, de l'informatisation et des finances. Nous recherchons ainsi un équilibre tel que nous ne privions pas les caisses régionales de l'autonomie à laquelle elles ont droit puisqu'elles ont des administrateurs élus. Mais nous en sommes encore au stade de la négociation.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Avez-vous déjà une idée de ce que seront les structures de proximité si le nombre de vos caisses est réduit à une quarantaine ?

M. Jacques Augustin : Par « proximité », il faut entendre facilité d'accès aux informations et qualité du service rendu. Or, il existe plusieurs écoles. On peut en effet concevoir des réseaux très dispersés dans les régions avec des caisses qui ont des antennes et qui assurent des permanences, mais l'on peut privilégier un autre mode de fonctionnement, avec des caisses professionnelles qui centralisent tout à Paris mais disposent d'une plate-forme téléphonique très efficace. Il y a donc plusieurs manières d'assurer la proximité. Là encore, tout dépendra des décisions qui seront prises en matière d'implantation territoriale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Qu'en sera-t-il du contrôle médical ?

M. Gérard Quévillon : Je soulignerai tout d'abord que le taux d'augmentation des dépenses de santé est, pour ce qui nous concerne, un peu inférieur à celui du régime général. Il n'empêche que des contrôles seront nécessaires en plus grand nombre. Actuellement, ils ont lieu sur pièces, beaucoup par téléphone et un peu sur place. Dans ce cas, désormais, le médecin se déplace et convoque les assurés d'un même canton. C'est un grand progrès, car de ce fait, les adhérents perdent moins de temps. Nous disposons de cent médecins contrôleurs, dont les missions sont celles des médecins contrôleurs du régime général. La particularité de leur statut est qu'ils dépendent à la fois d'une direction nationale et du directeur régional.

M. Jacques Domergue : Je ne doute pas que votre volonté de simplification ira au-delà de la simplification du libellé du régime. Étant moi-même issu d'une famille de commerçants, je crois pouvoir dire qu'améliorer le service rendu doit consister à simplifier le dispositif. Commerçants, artisans et travailleurs indépendants sont beaucoup plus informatisés que ne le sont les agriculteurs ; de ce fait, l'amélioration du service rendu passera sans doute par l'informatique et le téléphone plutôt que par le contact physique. Pour ce qui est du contrôle médical, on considère parfois que les travailleurs indépendants retravaillent plus vite que les salariés du régime général après un arrêt maladie. Est-ce là ce qui explique le faible nombre de vos médecins contrôleurs ?

M. Gérard Quévillon : Lorsque nous avons créé les indemnités journalières, elles étaient limitées à 90 jours. A présent, nos adhérents disposent d'un crédit de 360 jours indemnisés sur trois ans. Dans les premiers temps, le dispositif était mal connu et, de plus, la tradition n'était pas de s'arrêter dans les professions considérées. Mais une nouvelle génération arrive et beaucoup de ces plus jeunes indépendants ont eu l'habitude du salariat. De ce fait, on constate une augmentation importante du volume d'indemnités journalières versées depuis 12 à 18 mois. La question est de savoir si le versement d'indemnités journalières doit imposer, de manière concomitante, la fermeture du commerce ou de l'entreprise. Mais l'on ne peut dépêcher la gendarmerie ou un médecin conseil vérifier qu'un magasin est bel et bien fermé. De surcroît, un commerçant ou un artisan, même malade, peut se trouver sur son lieu de travail par défaut. Tout cela doit être clarifié. En l'état, il est impossible d'affirmer que pour bénéficier d'indemnités journalières, il faut fermer la boutique, surtout lorsque le travailleur indépendant travaille avec son conjoint.

M. Jacques Domergue : On peut considérer que, si l'assuré travaille seul et qu'il est malade, la boutique doit être fermée. Mais s'il travaille avec son conjoint, il peut y avoir cumul entre indemnités journalières et travail.

M. Gérard Quévillon : Les choses sont encore plus compliquées, car il peut aussi y avoir des remplaçants. Nos médecins s'intéressent surtout aux petits arrêts de travail répétés, ceux qui coûtent le plus cher.

M. Pierre Morange, coprésident : Quelles seront les relations du RSI avec les mutuelles et les sociétés d'assurance ?

M. Gérard Quévillon : Les organismes conventionnés continueront de régler les prestations pour nos assurés, artisans, commerçants et travailleurs indépendants. Je souligne que les professions libérales ne participeront au RSI que pour les prestations maladie.

M. Pierre Morange, coprésident : Comment se fait la répartition entre mutuelles et sociétés d'assurance ?

M. Gérard Quévillon : Par moitié. Quoiqu'il en soit, cela n'a pas d'incidence sur le coût de gestion. Pour ce qui est des sociétés d'assurance, plusieurs réseaux antérieurement indépendants sont à présent regroupés au sein de RAM-GAMEX. Mais RAM est le seul organisme conventionné pour les DOM.

M. Pierre Morange, coprésident : Ces conventionnements peuvent-ils être remis en cause dans le cadre européen, par une obligation d'appels d'offre ?

M. Gérard Quévillon : Un agrément est nécessaire, qui suppose de répondre à un cahier des charges très fourni.

M. Gérard Rouchy : Aujourd'hui, ces organismes sont conventionnés avec la CANAM. Un nouveau conventionnement devra avoir lieu avec le RSI.

M. Pierre Morange, coprésident : Quels sont les objectifs de la prochaine COG ?

M. Jacques Augustin : À ce jour, les COG des trois régimes ont été convenablement respectées. Pour la COG à venir, nous n'en sommes qu'à l'analyse préliminaire, puisque le RSI est encore en cours de constitution. L'année 2006 sera donc une année entre parenthèses, avec un budget reconduit au prorata.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Nous vous serions reconnaissants de nous transmettre vos éventuelles propositions de simplification législatives et réglementaires.

M. Gérard Quévillon : On nous a fait travailler sur ce sujet il y a quelques années, et nous nous étions accordés sur douze mesures de simplification administrative que nous ne voyons pas appliquer. Il était par exemple prévu qu'à partir du 1^{er} janvier 2006 nos adhérents ne recevraient plus qu'un seul appel de cotisations. Nous espérons que cela se fera, mais nous sommes inquiets de ce que nous entendons dire à ce sujet et nous constatons que les imprimés nécessaires n'existent toujours pas. Que l'on commence donc par appliquer les dispositions retenues et voulues, et passons ensuite à un autre chantier.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Le projet de loi en faveur des petites et moyennes entreprises ne prévoit-il rien à ce sujet ?

M. Jacques Augustin : A ma connaissance, ce texte ne dit rien de la périodicité ni du mode de calcul des cotisations appelées. Mais cela pourrait faire l'objet d'amendements. On m'a signalé que la direction de la sécurité sociale exige, pour le suivi de la réforme de l'assurance maladie, la collation de 180 indicateurs. Ne pourrait-on simplifier ?

M. Pierre Morange, coprésident : Y aura-t-il des échanges de bonnes pratiques entre le RSI et les branches du régime général ?

M. Gérard Quévillon : Bien sûr. Et nos trois régimes, qui appartiennent à l'UNCAM, suivent déjà la réforme avec attention.

M. Gérard Rouchy : Je ne doute pas que la restructuration de nos trois réseaux suscite beaucoup d'émoi, et les élus que vous êtes ne doivent pas manquer de sollicitations tendant au maintien de telle ou telle caisse. Si, donc, je devais formuler un vœu, ce serait que le législateur nous laisse aller au bout de notre idée. S'agissant des arrêts maladie, le projet de loi en faveur des PME prévoit un statut du conjoint qui permettra de régler bien des choses.

M. Pierre Morange, coprésident : Messieurs, je vous remercie.

*

Audition de Mme Suzanne Belz, directrice générale de l'URSSAF de Paris et de la région parisienne, de Mme Geneviève Chabas, directrice de l'URSSAF des Bouches-du-Rhône, et de M. Pascal Émile, directeur de l'URSSAF de Tours

M. Pierre Morange, coprésident : Nous avons le plaisir d'accueillir Mme Suzanne Belz, directrice générale de l'URSSAF de Paris et de la région parisienne, Mme Geneviève Chabas, directrice de l'URSSAF des Bouches-du-Rhône, et M. Pascal Émile, directeur de l'URSSAF de Tours. Je donne tout de suite la parole au rapporteur afin qu'il pose ses premières questions.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : L'objet de notre mission d'évaluation et de contrôle est d'examiner l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale. Nous souhaitons savoir comment fonctionne la direction générale du réseau, comment elle mutualise les bonnes pratiques, comment on peut optimiser l'implantation territoriale des URSSAF de manière à mettre notamment en commun les ressources consacrées à l'accueil et au conseil. On entend souvent des critiques sur la mauvaise accessibilité téléphonique des URSSAF. Comment résoudre ce problème ? Par des plateformes ? Des centres d'appel ?

Par ailleurs, l'ACOSS négocie actuellement une nouvelle COG. Il serait bon que nous ayons des échos du terrain sur ce que vous souhaitez y mettre et sur la façon dont vous évaluez la précédente.

Mme Suzanne Belz : L'URSSAF de Paris a une certaine spécificité : c'est la seule URSSAF régionale de France, elle couvre tous les départements de l'Île-de-France à l'exception, due à des raisons historiques, de la Seine-et-Marne. Elle compte un million de cotisants, recouvre 53 milliards d'euros de cotisations chaque année et emploie 3 000 salariés.

Qu'avons-nous fait ces dernières années face aux problèmes de coûts, de productivité, de qualité du service rendu ? Nous sommes partis du principe que nous devons rester une union régionale, car d'une part la dimension régionale a du sens, et elle permet, ce qui est très important, d'assurer l'égalité de traitement des cotisants sur l'ensemble du territoire de la région. J'entends par là une même interprétation de la réglementation, une même politique de gestion du risque et donc de délais, une même politique de remise de

majorations de retard, et une même politique de contrôle. Il y a donc un seul conseil d'administration, une seule commission de recours amiable et une seule direction générale.

Mais cela ne suffit pas. Il fallait aussi gérer la question de la proximité avec nos cotisants et avec nos partenaires, en nous implantant physiquement dans les sept départements de notre ressort. Nous avons donc, au cours des trois dernières années, déplacé 3 000 personnes en région parisienne, ce qui montre qu'on peut moderniser le service public dès lors qu'on en a la volonté et qu'on arrive à négocier. Au 13 décembre 2004, toutes les directions départementales étaient implantées là où sont nos cotisants et nos partenaires : à Saint-Quentin-en-Yvelines dans les Yvelines, à Évry dans l'Essonne, à Nanterre dans les Hauts-de-Seine, à Créteil dans le Val-de-Marne, à Cergy dans le Val-d'Oise, les quatre directions de Paris étant regroupées deux à deux à La Villette et à la ZAC Rive Gauche.

Troisième élément : l'URSSAF régionale est fortement mutualisée, ce qui entraîne des coûts moindres. La trésorerie est unique pour les dix directions départementales de recouvrement, ce qui nous donne de la force dans la négociation avec les banques, et nous permet d'obtenir les meilleures conditions possibles. Nous avons aussi mutualisé les encaissements et le traitement des bordereaux récapitulatifs, car tout le monde n'est pas encore passé à la dématérialisation : c'est un choix laissé aux entreprises. Nous avons également, bien sûr, mutualisé les achats et marchés. Il y aura donc d'importantes économies d'échelle dans la COG 2006-2011.

Alors même qu'il a fallu déplacer 3 000 personnes, que l'URSSAF de Paris est fortement syndicalisée, qu'elle se trouvait dans un immeuble de grande hauteur près de la mairie de Montreuil et de la Bourse du Travail, la déconcentration, il faut le souligner, s'est faite sans mouvement de grève, même s'il y a eu des moments difficiles, grâce au fait que nous avons pu expliquer aux uns et aux autres l'intérêt qu'ils pouvaient y trouver.

M. Pierre Morange, coprésident : Vous avez donc délocalisé 3 000 personnes ?

Mme Suzanne Belz : Oui. Nous avons fait remplir des fiches de vœux, avec trois vœux classés par ordre de préférence. Les personnels ont eu un comportement individuel, et non pas un comportement collectif, comme le voulait la CGT. Quand 3 000 personnes travaillent dans un immeuble de grande hauteur, il suffit de mettre des affiches dans les ascenseurs...

M. Pierre Morange, coprésident : Une délocalisation, donc, fondée sur le principe du volontariat ?

Mme Suzanne Belz : Nous avons eu cette chance que 88 % des premiers vœux ont pu être satisfaits. Ensuite, ont été pris en compte des critères médicaux, sociaux, etc. En général, les gens se sont rapprochés de leurs lieux de vie, certains ont déménagé. Ce grand mouvement de personnels a entraîné une très forte chute des arrêts de travail de courte durée.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : De combien ?

Mme Suzanne Belz : De deux points. Nous étions à 4 %. Quand les gens, notamment les femmes qui ont des enfants, font deux heures de trajet dans chaque sens entre leur domicile et leur lieu de travail, ils se mettent facilement en arrêt de travail.

M. Pierre Morange, coprésident : Ce n'est pas spécifique à l'URSSAF. Beaucoup de salariés sont dans cette situation.

Mme Suzanne Belz : J'ai été en province, et la région parisienne a deux spécificités : c'est que le logement y est plus cher et que les trajets y sont plus longs.

M. Pierre Morange, coprésident : Certes, mais c'est vrai pour tous les gens qui vivent et travaillent en région parisienne.

Mme Suzanne Belz : Oui.

M. Pierre Morange, coprésident : Les arrêts de courte durée, donc, ont diminué de moitié ? Quelle est leur durée moyenne ?

Mme Suzanne Belz : Les arrêts de courte durée sont ceux de moins de trois mois, les autres sont des arrêts de longue durée.

M. Pierre Morange, coprésident : Mais quelle est leur durée moyenne ?

Mme Suzanne Belz : Je n'ai pas les chiffres, mais il y a beaucoup d'arrêts de très courte durée, de moins de trois jours, qui ne donnent pas lieu à indemnités journalières compte tenu du délai de carence. Il faut dire que nous avons également renforcé les contrôles. Mais les absences de longue durée restent très importantes : de l'ordre de 10 %, ce qui est considérable. Cela inclut les congés parentaux, sabbatiques, pour création d'entreprise... Ce sont des absences non rémunérées, mais que l'on ne peut pas remplacer parce que la convention collective prévoit que le salarié garde son poste. Et si l'on ajoute à cela l'impact des 35 heures, c'est assez difficile à gérer.

Reste que nous avons bénéficié de la baisse des arrêts de travail de courte durée et récupéré ce que nous avons perdu en productivité avec les 35 heures et on a supprimé les emplois non remplacés, soit 140 postes, l'équivalent de ce qui nous avait été attribué au moment du passage aux 35 heures.

M. Pierre Morange, coprésident : Et le contact téléphonique ?

Mme Suzanne Belz : Vous avez tout à fait raison d'en parler, car cela a très longtemps été le point noir. Nous ne prenions que 8 ou 9 % des communications, ce qui était tout à fait scandaleux de la part d'un service public.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : C'est-à-dire que 90 % des appels n'aboutissaient pas ?

Mme Suzanne Belz : Absolument.

M. Pierre Morange, coprésident : C'est le souvenir que j'en ai comme praticien libéral !

Mme Suzanne Belz : Je suis arrivée en 1995, et nous avons cherché la meilleure solution. La seule qui marche, c'est la plate-forme téléphonique, qui est totalement opérationnelle depuis le 18 avril dernier. Nous prenons désormais 95 % des communications, et répondons immédiatement à 81 ou 82 % des questions posées. Le problème du téléphone est enfin réglé, et nous y sommes arrivés en redéployant du personnel. Il y a 120 personnes, dont beaucoup ont été recrutées pour remplacer des départs. Il y a beaucoup de *turn-over*, mais ça marche bien, et quand l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) nous a demandé d'élargir nos horaires, nous avons pu le faire. Quand un téléopérateur ne peut pas répondre lui-même à la question posée, il fait une fiche dématérialisée, qui arrive

sur le micro-ordinateur de la personne compétente, laquelle a 48 heures pour répondre. Nous faisons, bien entendu, le suivi du rappel, qui se fait dans de bonnes conditions.

Il y avait un autre sujet catastrophique, c'est l'accueil physique. Quand je suis arrivée, il y avait, pour un million de cotisants, un seul centre, à Montreuil. Le délai d'attente moyen aux guichets était de 5 heures, et encore n'était-on pas sûr de voir son problème traité. Aujourd'hui, il y a des centres d'accueil dans chaque département, et le délai moyen d'attente est de dix à douze minutes. Un service public peut parfaitement se moderniser. Il faut y mettre du temps, beaucoup communiquer. On peut ainsi améliorer la qualité du service rendu et la productivité. La mutualisation permet aussi de réaliser des gains de productivité supplémentaires.

M. Pierre Morange, coprésident : Le problème de l'accueil téléphonique est-il réglé dans tous les départements ?

Mme Suzanne Belz : Oui, car nous avons un numéro de téléphone unique, qui aboutit à notre plateforme. Ensuite, s'il y a un contentieux ou un problème de délai de paiement à traiter, l'utilisateur accède à son gestionnaire de compte ou au rédacteur compétent au moyen d'un numéro de sélection directe à l'arrivée, mais la plateforme a permis de réduire très fortement la pression téléphonique sur ces personnels. Il ne reste plus que 20 % d'appels à traiter en départemental.

M. Pierre Morange, coprésident : Dans les Yvelines, en tout cas, l'URSSAF n'est même pas contactable téléphoniquement. Il n'y a même pas de numéro de téléphone.

Mme Suzanne Belz : Non, car c'est le même numéro pour les sept départements : c'est le 08 2001 10 10, qui aboutit à une plateforme qui est physique, qui n'est pas virtuelle. Lorsqu'il y a un problème de contentieux un peu fin ou de mise à jour du compte, une correspondance est adressée qui sort d'une bibliothèque type, avec le nom et le numéro de la ligne directe du gestionnaire. Qu'il y ait encore des ajustements à faire dans les Yvelines, où les personnels ont migré au cours du dernier trimestre 2004, c'est possible, mais je crois vraiment que nous avons tout ce qu'il faut pour régler ce problème.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous avons bien compris votre souci de mutualisation, mais avez-vous pu mesurer précisément les économies réalisées ? Selon nos informations, les coûts ne sont pas les mêmes d'un endroit à l'autre. L'URSSAF de Paris, par exemple, emploie 2 850 équivalents temps plein, soit 20 % des effectifs de la branche recouvrement, pour gérer 790 000 comptes cotisants, soit 13 % seulement du total. La moyenne nationale est de 360 comptes actifs par équivalent temps plein, contre 273 à Paris. Le coût de gestion d'un compte à Paris est supérieur de 46,5 % à la moyenne nationale, elle-même tirée vers le haut par la région parisienne. Si l'on ramenait le coût parisien à la moyenne nationale, l'économie réalisée serait de l'ordre de 57 millions d'euros.

Mme Suzanne Belz : Les chiffres que vous citez englobent le centre informatique, le centre national de validation, le centre national de formation professionnelle, ainsi que le centre du titre emploi-entreprise, dont les budgets doivent être sortis du coût total.

Je suis par ailleurs surprise du chiffre que vous donnez pour le nombre des comptes cotisants, car nous sommes en réalité très proches du million.

M. Pierre Morange, coprésident : C'est le chiffre de l'ACOSS.

Mme Suzanne Belz : Je ne sais pas comment ils sont parvenus à ce chiffre de 700 000. Je serais très étonnée d'avoir perdu 200 000 comptes sans m'en apercevoir...

S'agissant des coûts, nous sommes dans une phase transitoire. Nous restons avec des services mutualisés dans notre immeuble de grande hauteur, dont le coût, très important, se cumule avec celui des immeubles loués en région parisienne.

M. Pierre Morange, coprésident : Quel intérêt y a-t-il à le conserver après la délocalisation ?

Mme Suzanne Belz : Il y reste près d'un millier de personnes : la direction générale, le service de pilotage, tous les services mutualisés dont je vous ai parlé, parmi lesquels la direction des affaires juridiques, que tous les ministères consultent. Bien entendu, nous sommes en négociation pour vendre la tour, qui devrait être libérée fin 2005 ou au premier trimestre 2006. J'avais fait beaucoup de choses dans ma vie, mais je ne m'étais jamais occupée à vendre une tour. C'est très difficile, on y arrivera, mais certainement pas au prix estimé par l'administration des Domaines. La mairie de Montreuil est très présente dans la négociation, car la tour est pour elle un élément essentiel du redémarrage du cœur de ville. Nous avons des acheteurs potentiels très sérieux, le chiffre le plus bas qui nous ait été proposé est de 15 millions d'euros et le plus élevé de 22 millions. Nous avons eu des propositions à 22 millions, soit le montant de l'estimation par les Domaines, mais le maire de Montreuil ne veut pas voir débarquer les fonds de pension américains, non plus que les Chinois. Il y a une pression très forte de la mairie, nous ne sommes pas seuls en cause. Nous avons décidé, avec M. Louis-Charles Viossat, directeur de l'ACOSS, de faire le point d'ici la fin du mois de juin, sur les différentes propositions que nous avons, celle de BNP-Paribas, bientôt celle de la Société générale...

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Nous allons maintenant nous tourner vers Marseille. J'ai les mêmes questions que tout à l'heure, sur les coûts de gestion, sur le service rendu, sur le téléphone, sur la mutualisation des moyens et des bonnes pratiques.

Mme Geneviève Chabas : Notre problème, que ce soit à Marseille ou dans le reste de la France, est un peu inverse. Il ne s'agit pas, comme à Paris, de déconcentrer un organisme que sa taille éloignait des usagers, mais de rapprocher des organismes actuellement séparés. Il ne s'agit même pas de dire s'il faut recentraliser ou non au niveau régional. L'organisation géographique n'est pas une fin en soi, mais un moyen d'arriver à des objectifs, et ces objectifs doivent être clairs et priorisés : le service à l'utilisateur, l'abaissement des coûts, le recouvrement effectif des cotisations, condition *sine qua non* du versement des prestations. Il ne faudrait pas qu'une recentralisation mal pensée ait pour effet d'éloigner les usagers. Le service public est un enjeu primordial, la baisse des coûts aussi, mais à Marseille les coûts ne cessent de baisser, bien plus vite que la moyenne nationale – il faut dire qu'ils en avaient besoin ! On ne fera pas l'économie d'une étude approfondie, car on ne peut pas se contenter de partir de l'idée que, par définition, il y aura des économies d'échelle.

Si l'on prend l'exemple du chèque emploi service, il a réussi dans la mesure où il est moins coûteux que la gestion des comptes par les organismes, mais la Cour des comptes, qui a évalué cette différence de coût, a indiqué, tout en soulignant qu'il ne s'agissait que d'une estimation, que le nombre des comptes gérés dans les URSSAF était connu quoique sous-évalué, tandis que celui du chèque emploi service était surévalué, du fait qu'on sort du dispositif comme on veut, ce qui répond d'ailleurs à la volonté de simplification qui a présidé à sa création. Je ne sais pas exactement comment est géré le chèque emploi service, mais si l'on n'envoie plus de titre pendant un ou deux ans, je ne crois pas qu'on sorte des

fichiers pour autant, alors que l'URSSAF vous taxe d'office si vous ne renvoyez pas votre déclaration trimestrielle. Avant de généraliser, donc, il faut étudier les choses.

M. Pierre Morange, coprésident : Vous avez dit que vous aviez fait des économies de gestion au-delà de la moyenne nationale. De combien, et quels sont les objectifs que vous vous fixez ? Qu'est-ce qui vous a amenée à changer la politique de cette caisse dont vous connaissez bien l'histoire, puisque vous la dirigez depuis vingt-cinq ans ? Et quelles méthodes avez-vous utilisées ?

Mme Geneviève Chabas : Nous avons des coûts importants dans les Bouches-du-Rhône parce que la situation économique y est très difficile : le chômage y est supérieur de cinq points à la moyenne nationale. Autre exemple : quand nous nous comparons à la caisse de Lyon, qui est la plus proche de la nôtre, nous avons 9 % de comptes en plus, mais moitié plus de comptes débiteurs, ce qui signifie trois fois plus de mises en demeure et d'avis amiables à envoyer, de coups de téléphone à passer, de demandes de délai à examiner, etc. Or ce poids n'est pas pris en compte dans les calculs de l'ACOSS, pour qui un compte est un compte.

M. Pierre Morange, coprésident : Compte tenu de cette situation sociale très dégradée, qui n'est pas vraiment nouvelle, avez-vous tout de même pu trouver des marges de manœuvre ?

Mme Geneviève Chabas : Je me suis très fortement investie dans les nouvelles technologies : la lecture automatique des documents, leur gestion informatisée, les échanges de données informatisées, que l'URSSAF de Marseille a été la deuxième à mettre en place après celle de Saint-Etienne. Tout cela a permis des gains de productivité très importants, notamment grâce à la lecture automatique.

M. Pierre Morange, coprésident : De combien ? Et en combien de temps ?

Mme Geneviève Chabas : La lecture automatique des documents est en place depuis sept ou huit ans. L'échange de données informatisées n'a pas donné de gains de productivité encore, mais une entreprise obtient son numéro SIRET en moins de huit jours, au lieu de trois semaines ou un mois auparavant. Il y a donc un gain en termes de qualité de service, de délai de traitement, un gain aussi en nombre de postes. Nous avons supprimé, ces dernières années, 47 postes administratifs.

M. Pierre Morange, coprésident : Sur combien ?

Mme Geneviève Chabas : Nous sommes actuellement à 462, nous étions à 442 lorsqu'il y a eu la RTT, qui s'est accompagnée d'une compensation – partielle, j'y insiste – des effectifs. Nous avons eu 20 postes de plus, mais en réalité cela faisait moins d'heures de travail, et mieux vaut calculer la productivité en fonction du nombre d'heures de travail que du nombre de postes. Mais même en rapportant le nombre de points activité au nombre d'équivalents temps plein, nous sommes passés de 2 900 en 2000 à 3 300 en 2004, ce qui n'est tout de même pas mal.

M. Pierre Morange, coprésident : Mais les 35 heures ont été appliquées dans toute la France, et la situation sociale du département n'est pas nouvelle. En cinq ans, quel a été le pourcentage d'amélioration des coûts de gestion ?

Mme Geneviève Chabas : Le calcul fait par la caisse nationale, sans tenir compte des heures perdues, est celui que je viens de vous donner : nous sommes passés de 2 900 à

3 300. Si vous prenez le nombre de comptes par équivalent temps plein, on passe de 293 à 310, soit bien plus que la moyenne nationale, ce qui est normal car il y a eu rattrapage. Nous avons supprimé 47 postes, mais cela ne ressort pas des chiffres nationaux, car le calcul des points activité a changé depuis.

M. Pierre Morange, coprésident : Pouvons-nous avoir ces éléments en pourcentage ?

Mme Geneviève Chabas : Je pourrai vous les communiquer.

Mme Suzanne Belz : Il y a une autre approche possible : c'est le coût d'encaissement d'un euro. Là, les marges sont extrêmement fortes, car si l'on répartit la France en quatre quartiles, le premier est à 0,29 %, le deuxième à 0,45 %, le troisième à 0,55 %, le dernier à 0,67 %. Je fais partie des gens qui pensent qu'il faut trouver une taille critique pour les URSSAF. Actuellement, certaines ont 35 salariés, d'autres 3 000. Je ne crois pas qu'aucun de ces deux extrêmes soit souhaitable, et je ne vois pas comment nous pourrions éviter, au cours de la période 2006-2011, d'aborder la question de la restructuration du réseau. L'URSSAF de Paris l'a fait d'une certaine façon, en prenant le dossier à l'envers, d'autres le prendront dans l'autre sens. Cela ne veut pas dire qu'il faille déplacer tout le monde, sûrement pas, car la proximité est une bonne chose, et il ne s'agit pas de semer la pagaille ni l'inquiétude, mais il faut tout de même un peu plus de cohérence, ainsi qu'une meilleure égalité de traitement entre les cotisants. Quand je vois que la Seine-Maritime compte trois URSSAF – celle de Rouen, celle du Havre et celle de Dieppe –, cela veut dire trois politiques de contrôle, trois politiques de délais, trois politiques de majorations de retard. Ce n'est pas une bonne chose.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous comprenons bien cette réflexion, mais il faut distinguer entre les services qui supposent un contact direct avec l'utilisateur et ceux qui peuvent être mutualisés sans dommage, par exemple au niveau régional.

Mme Geneviève Chabas : Notre coût d'encaissement est de 0,35 %, ce qui est excellent, et notre budget de fonctionnement hors personnel est, en euros constants, inférieur de 33 % à ce qu'il était il y a vingt ans.

S'agissant du téléphone, dont je n'ai pas encore parlé mais que je tenais à aborder car c'est très important, nous avons depuis quatre ans une plateforme qui nous a permis de faire passer le taux d'appels pris de 62 %, ce qui était très mauvais, à plus de 92 % aujourd'hui. Les cotisants le remarquent et nous le disent.

M. Pierre Morange, coprésident : Je donne maintenant la parole à M. Pascal Émile, directeur de l'URSSAF de Tours.

M. Pascal Émile : Je suis en place à l'URSSAF de Tours depuis 2004 seulement, ce qui ne m'empêche pas d'avoir un regard sur les dix dernières années. C'est une URSSAF de taille moyenne, où l'approche est forcément différente, et le fait régional prend toute son importance en matière de collaboration au sein d'un même réseau.

Y a-t-il eu une évolution de la productivité ? Le très faible taux de « reste à recouvrer » en fin d'année, qui a été divisé par deux en dix ans, s'explique par le fait que le recouvrement s'est professionnalisé : qu'il s'agisse de la simplification des procédures de déclaration ou de celles de recouvrement – amiable ou forcé –, des investissements très lourds ont été faits. Les gains de productivité ont été investis dans des opérations qui ont automatisé le traitement et qui, surtout, ont permis au métier de gestionnaire de comptes

cotisants d'évoluer vers des missions de vérification et de contrôle, ce qui se retrouve aujourd'hui dans les résultats de la branche.

Parallèlement, les effectifs ont été simplement maintenus, malgré la réduction du temps de travail. Au total, les coûts de gestion, rapportés au point d'activité, ont été maîtrisés sur l'ensemble de la période, et les gains de productivité réinvestis dans une professionnalisation du recouvrement et dans un renforcement de la relation de service au cotisant.

A Tours, la plateforme téléphonique locale existe depuis cinq ans, et le taux de décroché est de 94 ou 95 %. Profitant de l'expérience que nous avons acquise, les autres URSSAF de la région Centre nous ont rejoints, et la plateforme est désormais ouverte à tous les usagers de la région, depuis le 1^{er} avril dernier, de 8 heures à 18 heures 30, à coût constant pour l'ensemble des URSSAF, qui nous ont rétrocédé une partie de leur dotation pour développer ce nouveau service.

M. Pierre Morange, coprésident : Vous ont-ils rétrocédé du personnel ou le budget correspondant ?

M. Pascal Émile : Le budget, ce qui a permis d'embaucher des téléconseillers formés à répondre à des demandes simples, lesquelles représentent 80 % de l'ensemble, et à répercuter les questions plus complexes aux différentes URSSAF. De nombreux autres sujets sont à l'étude, comme le partage de certaines fonctions comme les encaissements ou le traitement des déclarations uniques d'embauche, ou encore de certaines fonctions support comme les achats. Tout cela devrait se retrouver dans la prochaine COG.

S'agissant de la relation aux cotisants, si l'accueil n'est plus un problème, la mission de conseil aux entreprises s'est beaucoup développée, leur demande de sécurité juridique étant de plus en plus sophistiquée. Sur quelque 50 000 comptes cotisants, nous avons 400 rendez-vous par an avec des entreprises en difficulté et accordons environ 85 % des moratoires de paiement demandés, ce qui contribue *in fine* à l'efficacité du recouvrement.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Vous êtes une caisse de taille moyenne, et les conditions économiques moyennes de la région – que je connais bien – ne sont pas trop mauvaises. N'est-ce pas l'un des facteurs qui influent sur le coût de gestion des dossiers ?

M. Pascal Émile : Absolument. Dans un bassin économique comme celui de Chartres, par exemple où les difficultés économiques sont plus grandes, le coût de gestion est plus élevé.

M. Pierre Morange, coprésident : Si l'on observe l'évolution du coût de gestion d'un compte, on se rend compte que votre écart par rapport à la moyenne nationale s'est quelque peu effrité ces dernières années. Pourquoi ?

D'autre part, où en est votre parc informatique, notamment pour ce qui est de l'interopérabilité et de la dématérialisation des données ?

M. Pascal Émile : Le coût de gestion s'est un peu dégradé, c'est vrai, mais l'ACOSS a fait le calcul toutes charges confondues. Or, l'URSSAF de Tours s'est vu confier deux missions nationales importantes, dont l'une est l'élaboration d'un logiciel pour la gestion de l'ensemble du personnel de la branche. Une fois corrigé de ces éléments, le coût de gestion est stable sur l'ensemble de la période.

S'agissant de l'informatique, nous avons automatisé au maximum les tâches de gestion, et nous encaissons aujourd'hui 80 % de nos recettes sous forme dématérialisée. Cela étant, nous avons encore besoin d'investir, car le système est très orienté vers la production et pas assez vers le client, vers l'interface du cotisant. La télédéclaration donne encore lieu, parfois, à des incidents.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : J'ai une question qui s'adresse à tous les trois. On a parlé à plusieurs reprises de la taille des URSSAF, du nombre de cotisants. Quelle serait, selon vous, l'implantation qui permettrait la plus grande optimisation des coûts de gestion ?

Mme Suzanne Belz : On ne peut pas prendre la question de cette façon-là. Tout le monde est d'accord pour que ce soit l'URSSAF du voisin qui disparaisse, mais quand il s'agit de la sienne... La question est de savoir quel système de gouvernance régionale mettre en place pour améliorer la cohérence, l'égalité de traitement, la mutualisation. Cela passe par des discussions avec les politiques, c'est-à-dire avec vous, et avec les partenaires sociaux. Le MEDEF et la CGPME viennent de revenir dans les URSSAF : c'est un élément qui compte. Les voies de passage sont certes un peu étroites, mais on a bien réussi à faire fonctionner des centres de traitement informatique régionaux ou interrégionaux, on peut trouver des solutions dans d'autres domaines aussi. Nous avons avec l'ACOSS une COG régionale, que nous déclinons par branche et par direction départementale. On ne peut pas demander le même effort, s'agissant du « reste à recouvrer » à la Seine-Saint-Denis et aux Hauts-de-Seine, où ce « reste à recouvrer » est très bas.

Mme Geneviève Chabas : Cela rejoint ce que je disais tout à l'heure : l'organisation n'est pas une fin en soi, le problème est de savoir quels objectifs sont prioritaires. Si le coût vient en premier, il faudra limiter sur certains points le service. Une taille optimale normalisée n'est pas un objectif en soi. Pour moi, l'objectif, c'est ce que nous avons à faire : recouvrer les cotisations et améliorer le service. Diminuer les coûts aussi, bien sûr, mais nos coûts diminuent déjà. Cela ne veut pas dire qu'on ne peut pas les diminuer encore par une nouvelle organisation, mais cela exige beaucoup de prudence.

M. Pascal Émile : La question du réseau est fortement posée. Vous me permettez de ne pas me prononcer, sinon pour dire que l'important est d'avoir, au cours des prochaines années, de la lisibilité sur la taille optimale des caisses. Cela dit, méfions-nous des effets de mode. L'informatisation nous permet à la fois d'être très présents sur le territoire et de rationaliser beaucoup de tâches, notamment celles qui relèvent du « back-office », c'est-à-dire du traitement de masse, en les concentrant sur un certain nombre de points du territoire.

Mme Geneviève Chabas : Étant également directrice du centre informatique interrégional pour PACA, Languedoc-Roussillon et la Corse, je précise que nous avons un centre d'achats commun, qui permet à nos quinze URSSAF de bénéficier de coûts d'approvisionnement plus bas, sans leur imposer tel ou tel matériel. C'est une formule que l'on peut développer, car elle pose peu de problèmes politiques et permet beaucoup d'économies.

M. Pierre Morange, coprésident : Mesdames, Monsieur, je vous remercie.

AUDITIONS DU 26 MAI 2005

Audition de M. Daniel Lenoir, directeur général de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), et de Mme Agnès Bocognano, conseillère technique à la présidence de la FNMF

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous souhaite la bienvenue à cette audition, qui s'inscrit dans le cadre de notre étude des coûts de gestion des branches de la sécurité sociale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Même si cette étude ne porte que sur l'organisation des branches du régime général, il nous a semblé intéressant, afin de faire des comparaisons et même si les organismes sont de nature tout à fait différente, de connaître l'organisation et le mode de gestion des mutuelles.

J'ajoute que votre propre parcours, Monsieur Lenoir, rend cette audition particulièrement intéressante puisque vous avez été préalablement en fonction à la Mutualité sociale agricole (MSA) et à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

J'aimerais que vous nous disiez quels sont les coûts de gestion des mutuelles, en pourcentage des sommes versées aux adhérents. Pouvez-vous également nous indiquer si ces coûts sont comparables à ceux des institutions de prévoyance et des assureurs ? Il me paraîtrait également souhaitable que vous nous donniez des indications sur la productivité, en particulier le nombre de dossiers traités par liquidateur, par an, hors télétransmission. Quelle est, par ailleurs, la part des dépenses de personnel dans vos coûts de gestion ?

M. Daniel Lenoir : Je vous remercie de m'avoir invité et je vous indique d'emblée que je m'exprime uniquement en tant que directeur général de la Fédération nationale de la mutualité française. Toutefois, dans la mesure où je n'occupe cette fonction que depuis quatre mois, et malgré mes efforts pour vous répondre le mieux possible, vous comprendrez qu'il ne me soit pas toujours possible d'entrer dans les détails.

Il ne paraît pas nécessaire de vous présenter longuement la Mutualité, d'autant que je vous ai adressé un document qui retrace ses activités. Je rappelle simplement que nous sommes une fédération et que chacune des mutuelles qui la composent est pleinement indépendante. Nous ne sommes donc pas un régime comme la CNAMTS ou la caisse centrale de la MSA.

Notre vocation est de faire de la protection sociale complémentaire, au sein de laquelle l'assurance maladie complémentaire représente la plus grande partie de notre activité. Nous assurons au total près de 60 % de l'ensemble de la couverture complémentaire maladie.

Nous avons eu, ces dernières années, en raison des obligations, notamment prudentielles, du nouveau code de la mutualité et de certaines évolutions structurelles, d'importants regroupements, dont certains sont encore en cours. Ils visent aussi à répondre aux obligations de qualité de service et d'efficacité.

Il m'apparaît qu'on ne peut comparer la gestion des régimes complémentaires et obligatoires car, même si nous avons un métier en commun, nous ne faisons pas le même

métier. En effet, la complémentaire maladie est un métier en soi dont les coûts de gestion obéissent à une logique différente de celle des régimes obligatoires.

Les coûts de gestion de la couverture complémentaire maladie par les mutuelles sont un peu inférieurs à 20 % pour les contrats individuels en raison, à la différence des contrats collectifs, de l'importance des coûts d'acquisition de la population mutualiste, qui se sont d'ailleurs accrus avec le développement de la concurrence et qui représentent désormais 8 %.

Même si nous manquons d'éléments fiables en ce qui concerne les assurances, les comparaisons laissent penser que la mutualité gère plutôt à un coût moindre que les autres opérateurs. Les études en cours au ministère des affaires sociales devraient donner des indications plus précises.

Si on met à part nos coûts d'acquisition, nous nous préoccupons beaucoup de maîtriser nos coûts de gestion. C'est une des raisons des regroupements dont j'ai parlé. C'est aussi ce qui a motivé notre décision de créer un observatoire de ces coûts.

Nous gérons l'assurance maladie complémentaire et il est important, pour l'économie générale du système, de mettre un certain nombre de ressources en commun. C'est ce que nous avons fait avec le système SESAM-Vitale. Il est clair que le service public de l'assurance maladie a pour mission de gérer l'assurance maladie obligatoire, mais aussi, aujourd'hui, de gérer des fonctions communes dont deux me paraissent extrêmement importantes, et qui ont été mises en évidence par la Mutualité à son congrès de Toulouse : le système d'information et le service médical, qu'on peut également appeler gestion du risque.

S'agissant du système d'information, je sais qu'il y a eu au sein de votre mission des débats sur l'investissement informatique de l'assurance maladie. Il est important que, dans le respect des règles posées par le législateur pour l'accès des organismes de protection complémentaire à des données médicales – et rappelées par le rapport de M. Christian Babusiaux sur l'accès des assureurs complémentaires aux données de santé des feuilles de soins électroniques – les trains des régimes obligatoires et complémentaires puissent rouler sur les mêmes rails et que chacun n'investisse pas dans des rails différents.

C'est primordial au regard des choix d'investissement qui seront faits par l'assurance maladie en matière de systèmes d'information. De ce point de vue SESAM-Vitale paraît important pour l'avenir. Nous avons appris récemment la suspension de la carte Vitale 2, mais tout le monde a besoin d'une carte sécurisée qui permette de gérer les dispositifs complémentaires. Le système cible est également utile puisque l'idée est que l'ensemble des opérateurs puissent accéder aux informations dont ils ont besoin pour gérer les dispositifs.

Cela vaut aussi pour la gestion du risque, et c'est une des raisons pour lesquelles la Mutualité souhaitait qu'on aille vers une convention tripartite.

Il est difficile aujourd'hui de comparer la gestion des régimes complémentaires et des régimes obligatoires. Je vous fournirai ultérieurement les réponses sur le nombre de dossiers liquidés. Mais j'appelle votre attention sur le fait que nous avons une gestion partagée, avec la feuille de soins électronique et son volet demande de remboursement électronique pour les complémentaires. Il est important d'articuler les deux dispositifs, dans le respect de l'autonomie de chacun, mais avec le souci d'une bonne utilisation des ressources. De ce point de vue, la Mutualité est tout à fait prête à regarder comment elle peut participer davantage, y compris en termes d'investissement.

M. Pierre Morange, coprésident : Ce que vous venez de dire renvoie aussi aux ressources humaines. À ce propos, j'aimerais avoir quelques éclaircissements sur les personnels mis à disposition des mutuelles de fonctionnaires, en particulier par l'Éducation nationale. Pouvez-vous nous dire quelle part de ces mises à disposition se fait gratuitement et la part pour laquelle l'administration reçoit une compensation financière.

M. Daniel Lenoir : Je ne dispose pas des chiffres précis mais, pour l'essentiel, les mises à disposition au profit des mutuelles de la fonction publique font l'objet de remboursements. Là aussi, je vous transmettrai ultérieurement les informations.

M. Pierre Morange, coprésident : Il nous faudra des chiffres très précis.

M. Daniel Lenoir : Je vous donnerai ceux que nous pouvons avoir du côté de la mutualité, mais l'Administration les collecte sans doute plus facilement.

M. Pierre Morange, coprésident : Vous connaissez quand même le nombre de personnes qui travaillent chez vous et que vous ne rémunérez pas directement !

M. Daniel Lenoir : Comme je l'ai indiqué tout à l'heure, nous sommes une fédération et ce dossier n'est pas géré par nous mais pas les mutuelles. Mais je sais, pour en avoir parlé récemment avec le responsable de la Mutualité fonction publique, que ces mises à disposition font, pour l'essentiel, l'objet d'un remboursement. C'est notamment le cas pour la mutuelle la plus importante, la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN).

J'ajoute qu'il y a, dans la fonction publique, un débat sur les conditions dans lesquelles l'État employeur assure la couverture complémentaire de ses agents. La Mutualité fonction publique a réalisé une étude intéressante qui montre que l'effort de l'État est nettement inférieur à celui des grandes entreprises, notamment dans le cadre des contrats collectifs obligatoires ou facultatifs. Aux termes d'un arrêté de 1962, son aide pourrait aller jusqu'à 25 % des prestations versées, mais l'État reste bien en deçà, alors que certaines entreprises privées vont jusqu'à 40 ou 50 %.

M. Pierre Morange, coprésident : En tant qu'ancien responsable de la CNAMTS et actuellement responsable de la Mutualité, quelle est votre réflexion en ce qui concerne la mutualisation des données entre le régime général et les organismes de protection complémentaire ?

M. Daniel Lenoir : Je l'ai déjà dit, je m'exprime ici uniquement en tant que directeur général de la Mutualité française.

M. Pierre Morange, coprésident : Mais vous devez quand même avoir un regard particulier, notamment sur le sujet précis du partage de l'information entre régime général et mutualité.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Vous avez parlé de systèmes d'information, d'investissement, de suspension de la carte SESAM-Vitale 2. Pouvez-vous nous donner un peu plus d'informations, notamment sur ce que vous souhaitez en termes d'articulation avec l'assurance maladie.

M. Daniel Lenoir : Le système d'information national inter-régimes de l'assurance maladie issu de la loi de financement de 1999 illustre bien le fait que le service public de l'assurance maladie gère non seulement la couverture maladie obligatoire, mais aussi un certain nombre de dispositifs communs à tous, conformément à la conception du service

public que j'ai pour ma part toujours eue, dans toutes mes fonctions. Seule l'assurance maladie obligatoire peut acquérir des données qui permettent la gestion du risque pour tout le monde. Elle seule peut mettre en place les systèmes d'information qui permettent à la fois de les stocker et de les exploiter. La loi prévoit une déclaration et une autorisation de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) et ces données sont rendues anonymes, sauf pour les médecins-conseil. C'est une illustration de ce que j'appelle la mutualisation des coûts entre l'assurance maladie obligatoire et ses partenaires.

Au-delà, la question se pose de l'accès à des données individualisées. Aujourd'hui, nous ne pouvons pas moduler les remboursements en fonction du niveau de service médical rendu du médicament. Nous n'avons pas accès, parce que c'est une information individuelle, au code CIP (Club Inter-Pharmaceutique) identifiant les présentations de médicaments, dont bénéficie l'assurance maladie obligatoire. Nous ne le contestons pas dans la mesure où l'accès à des données sur le médicament permet aussi d'accéder à des informations personnelles sur les pathologies et où la tentation peut être forte de passer de la gestion à la sélection du risque. Nous ne demandons donc pas l'accès à des informations individuelles nominatives, mais à celles qui concernent l'utilité du médicament. C'est pour cela que nous nous sommes impliqués dans les expérimentations qui ont fait suite au rapport de M. Christian Babusiaux. Dans la mesure où les coûts des complémentaires, comme ceux de l'assurance maladie, augmentent, il faut faire des choix qu'il ne serait pas illégitime de fonder sur une analyse du service médical rendu (SMR), d'autant que le médicament représente 34 % de nos dépenses.

Ce que paient les ménages pour leur couverture santé complémentaire équivaut à leur facture EDF-GDF, dont on n'imagine pas qu'elle augmente de 5 % chaque année. Il est donc indispensable de limiter l'inflation des dépenses. Nous avons le souci de gérer le mieux possible le risque et, pour cela, nous devons pouvoir accéder à certaines informations, dans des conditions de confidentialité qui garantissent le secret individuel. C'est d'ailleurs pour cela que nous sommes en train d'expérimenter le recours à un tiers de confiance. Tout cela relève de dispositifs que nous aurions à l'évidence intérêt à gérer en commun, dans une conception extensive du service public de l'assurance maladie.

S'agissant de la carte SESAM-Vitale et du système cible, notre souhait est de pouvoir accéder en ligne au système, afin d'avoir en direct l'information sur la couverture complémentaire.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Si je comprends bien, vous ne connaissez pas les médicaments que vous remboursez ?

M. Daniel Lenoir : Nous ne connaissons que la couleur de la vignette.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Vous n'avez pas de contrôle médical ?

M. Daniel Lenoir : Non.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Existe-t-il une politique d'achats groupés au sein de la mutualité ?

M. Daniel Lenoir : La réforme du code de la mutualité a conduit à distinguer les mutuelles du livre II, qui sont dans le champ de l'assurance complémentaire, et celles du livre III, qui s'occupent de réalisations sanitaires et sociales – ce qu'on appelait les œuvres.

Je n'ai parlé jusqu'à présent que des premières. Pour les mutuelles du livre III, nous avons des groupements d'achats, notamment pour l'optique. C'est aussi ce que nous développons dans d'autres secteurs : une réflexion est ainsi en cours sur les établissements de médecine, de chirurgie, d'obstétrique.

Pour les mutuelles du livre II, ce que nous souhaitons faire en matière de système d'information peut s'apparenter à un groupement d'achats. Je rappelle que les organismes de protection complémentaire participent aujourd'hui à hauteur de 14 % au GIE SESAM-Vitale, la mutualité représentant plus de la moitié de ce financement. C'est une façon pour nous de participer à une mutualisation des ressources. Il est nécessaire que le système évolue dans ce sens, ce qui nécessite des investissements, certes, mais des investissements productifs pour la gestion de l'ensemble du dispositif.

Les regroupements au sein de la Mutualité se font soit par fusion, soit par groupements de mutuelles, ces derniers pouvant être assimilés à des groupements d'achats puisqu'on y mutualise un certain nombre de fonctions, notamment l'informatique et les ressources humaines. À ce propos, vous m'aviez interrogé sur la part des charges de personnel : elles représentent 14 % de nos coûts de gestion. Je l'ai dit, nous avons l'intention de mettre en place un observatoire des coûts, qui nous permettra d'aller plus loin dans l'analyse de ce qu'il convient de mutualiser.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Avec l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOC) ?

M. Daniel Lenoir : Nous avons prévu, dans le cadre de l'UNOC qui se mettra en place ces jours-ci, de mener un certain nombre de travaux en commun sur l'évaluation des coûts et les bénéfices de la réforme. Nous n'avons pas encore envisagé de mettre en commun des éléments d'appréciation sur nos coûts de gestion, mais pourquoi pas ?

Sur ces sujets des systèmes d'information, nous avons eu, bien avant la création de l'UNOC, un travail de bonne qualité avec les autres organismes de protection complémentaire.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Si nous avons souhaité entendre toutes les parties, c'est pour pouvoir, en tant que parlementaires, prendre position sur tous ces sujets. Il me paraîtrait donc utile que vous nous fassiez parvenir une note précise sur vos analyses et vos propositions, y compris techniques, en ce qui concerne le système d'information et la carte au SESAM-Vitale.

M. Daniel Lenoir : Nous allons le faire. Je précise que le sujet essentiel n'est évidemment pas la carte, qui n'est qu'un support pour le système d'information. Alors que la décision de principe a été prise il y a trois ans, en raison de régulations budgétaires successives, le système cible n'a pas bénéficié des moyens nécessaires à son développement. Personne n'y croyait, et pourtant le système SESAM-Vitale est un succès. Il a permis de simplifier considérablement la gestion de l'assurance maladie, a simplifié le suivi pour l'utilisateur et ainsi permis une amélioration sans précédent du système d'information de l'assurance maladie. Il a en conséquence permis de réaliser des gains de productivité importants. Mais il a été conçu à une époque où le système était assez rigide et il faut basculer, à l'heure de l'Internet, vers un dispositif plus souple, qui permette à chacun des utilisateurs d'accéder à tout moment à l'information en fonction de ses besoins. C'est aujourd'hui possible, mais cela nécessite un certain nombre de développements, et c'est pour cela que je disais que nous étions prêts à nous engager. Ne pas le faire serait une erreur, car

ce système permettrait de mutualiser l'ensemble des coûts de gestion de l'assurance maladie, en laissant à chacun sa liberté d'agir et d'exercer normalement son métier.

M. Pierre Morange, coprésident : Des rapports de la CNAMTS montrent que l'état du parc informatique du régime général nécessite des investissements très lourds pour procéder à un renouvellement en profondeur. C'est un sujet que vous connaissez bien.

Quel est l'état de votre propre parc ? Quelles sont les évolutions envisagées ? Selon quel calendrier ? Ne conviendrait-il pas de rechercher, dans le cadre de la réflexion sur le partage de l'information que vous appelez de vos vœux, une cohérence dans la modernisation de ces deux parcs, dans un objectif d'interopérabilité ?

M. Daniel Lenoir : Nous le souhaitons. J'observe tout d'abord que les parcs informatiques de la CNAMTS comme des mutuelles ont déjà été largement modernisés et que la question qui se pose aujourd'hui est avant tout celle des logiciels et des dispositifs de traitement. Le grand problème tient à la sédimentation des dispositifs depuis les années 1970, sédimentation qui rend les coûts de maintenance prohibitifs. Toute modification réglementaire conduit à aller voir dans les couches profondes quels paramètres s'en trouvent modifiés. La connaissance que j'ai du dossier me fait dire qu'il n'y a pas d'autre solution qu'une refonte totale, très lourde, du système d'information. Toutes choses égales par ailleurs, nous sommes confrontés au même problème : nos dispositifs sont très accrochés à ceux du régime obligatoire et les modifications substantielles qui sont rendues nécessaires par la réforme actuelle comme par les évolutions structurelles vont les rendre rapidement insuffisants.

Le législateur a voulu, pour responsabiliser aussi bien l'assuré que les professionnels de santé, donner une priorité au parcours de soins. Dans ce cadre, pour mettre en œuvre la gestion différenciée que nous souhaitons, il faut bien évidemment que nous disposions de la part d'informations de l'assurance maladie sur la façon dont l'adhérent suit ou non ce parcours. Nous avons aussi, bien sûr, besoin de dispositifs informatiques qui permettent de gérer cela.

M. Pierre Morange, coprésident : Un rapport publié par la CNAMTS en 2004 fait état de la nécessité d'un investissement de 2,5 milliards d'euros pour les logiciels, et un autre rapport, de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), que nous devrions prochainement recevoir, ramène ce montant à 1,5 milliard. Compte tenu de la sédimentation dont vous venez de parler, les besoins de la Mutualité sont-ils aussi importants ? Quelles sont aujourd'hui vos perspectives dans ce domaine ?

M. Daniel Lenoir : Les problématiques ne sont pas les mêmes, mais la nôtre est également très lourde. Auparavant, les organismes de protection complémentaire, notamment les mutuelles, géraient des prestations complémentaires et étaient extrêmement dépendants de l'information assez fruste, sur le montant du ticket modérateur, qui leur était fournie par le régime obligatoire. Nous allons de plus en plus vers des prestations différenciées, dans la mesure où le périmètre des soins pris en charge par les complémentaires sera modulé en fonction du critère de l'utilité médicale. C'est pour cela que le législateur a souhaité créer la Haute Autorité de santé. Pour toutes ces raisons, nous ne pourrons plus gérer demain l'assurance maladie complémentaire comme nous la gérons aujourd'hui. Nous avons donc engagé un travail important, que nous pensons achever avant la fin de 2006. Mais il faut pour cela que nous ayons une bonne visibilité de ce que peut faire le service public de l'assurance maladie en matière d'investissements informatiques, non pas seulement pour sa propre gestion de l'assurance maladie obligatoire, mais pour celle de

l'ensemble du système. Je ne veux pas revenir sur la querelle de chiffres, mais il est certain que le besoin d'investissement informatique de la CNAMTS est considérable, même tel qu'estimé par le rapport IGAS-IGF. Et si cela conduit à des arbitrages, je ne voudrais pas qu'en donnant la priorité à la gestion interne des dossiers de l'assurance maladie, on laisse de côté des investissements nécessaires au système d'information et aux fonctions communes, qui seront demain indispensables à la bonne gestion des dispositifs prévus par la réforme.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Vous nous avez donné une bonne vision de ce que pense la Mutualité. Je souhaite simplement que vous nous fournissiez des chiffres un peu plus précis, qui nous aideront dans nos comparaisons.

S'agissant de l'information, j'aimerais savoir si certaines mutuelles se sont dotées de centres d'appels téléphoniques pour répondre directement aux adhérents.

M. Daniel Lenoir : Un certain nombre de mutuelles, notamment les mutuelles de la fonction publique et les mutuelles étudiantes, sont gestionnaires du régime maladie obligatoire. Ces organismes ont développé, au même titre que les caisses primaires et les caisses de MSA, des plates-formes téléphoniques qui répondent aux questions des assurés sociaux. Nous avons aussi des dispositifs communs à plusieurs mutuelles, et dont un est porté par la fédération, qui apportent des informations aux mutualistes et permettent en outre une mutualisation des risques grâce à un système de devis en dentaire et en optique. Tout cela est appelé à se développer dans le cadre du parcours de soins qui nécessitera de pouvoir faire appel à un système d'information apte à guider les adhérents.

M. Pierre Morange, coprésident : Quelle appréciation portez-vous sur la gestion par la mutualité de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ? Quels sont les frais de gestion de ce dispositif ? La ristourne versée par l'État est-elle suffisante pour les couvrir ? Pouvez-vous également nous dire si la comptabilité analytique est désormais opérationnelle pour les mutuelles ou si cela fait partie de vos objectifs ?

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Question complémentaire : où en est-on, selon vous, de l'aide à l'acquisition d'une couverture santé complémentaire ? Combien de contrats ont-ils été signés ?

M. Daniel Lenoir : S'agissant de l'aide à l'acquisition d'une couverture santé complémentaire, le dispositif prévu par la loi n'est pas celui qui avait la préférence de la Mutualité, qui soutenait plutôt un crédit d'impôt pour tous. Je ne dispose pas à ce jour des informations, car c'est la CNAMTS qui les fait remonter des caisses primaires.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Il semble cependant que le retrait des questionnaires se passe bien. Mais vous pourriez aussi tenir une comptabilité à partir des bons d'achat.

M. Daniel Lenoir : Nous ne disposons pas encore d'un décompte précis, mais nous vous ferons parvenir les éléments.

Les mutuelles sont passées à la comptabilité analytique, mais cela relève de chacune d'entre elles et non de la fédération. J'observe que nous avons, grâce à la réforme du code, un suivi des coûts bien meilleur qu'auparavant ; c'est ce qui va nous permettre de nous doter d'un observatoire. Il y a eu ces dernières années, sur ce sujet comme sur beaucoup d'autres, un considérable travail de modernisation de la mutualité.

Mme Agnès Bocognano : Les coûts de gestion des bénéficiaires de la CMU n'ont pas été identifiés car la Mutualité a fait le choix de les considérer comme des adhérents comme les autres et de ne pas facturer des frais de gestion spécifiques. L'IGAS a toutefois montré dans un rapport que la gestion de la CMU a coûté très cher, notamment parce qu'il s'agissait d'un dispositif novateur et complexe, pour lequel il a fallu recruter. La prestation a depuis été simplifiée dans un certain nombre de domaines, sans porter préjudice aux bénéficiaires.

Vous demandez par ailleurs si le forfait est suffisant pour couvrir la prestation. Le fonds CMU apporte chaque année des réponses assez précises, qui montrent que tel n'est pas le cas pour les mutuelles. On observe toutefois une grande disparité entre elles. C'est pourquoi la Mutualité avait demandé à être traitée comme l'étaient auparavant les caisses, avec un remboursement à l'euro près.

M. Pierre Morange, coprésident : Vous nous avez dit que vous n'aviez pas souhaité identifier les coûts de gestion de la CMU. Dans ce cas, comment pouvez-vous savoir qu'elle a eu un important impact financier et qu'elle a entraîné des recrutements ?

Mme Agnès Bocognano : Il y a bien eu une complexification des tâches et un coût de l'accueil. Le rapport d'Yves Carcenac pour l'IGAS est assez ancien, mais c'est semble-t-il, le seul qui comporte des chiffres.

M. Daniel Lenoir : La disparité entre les mutuelles tient au fait que le recours aux soins varie selon la population couverte.

M. Pierre Morange, coprésident : Les nécessités que vous avez évoquées – de mutualisation, de dématérialisation des données, d'informatisation – auront des effets sur les coûts de gestion et sur votre politique de ressources humaines. Quelles en sont aujourd'hui les perspectives, compte tenu du vieillissement de votre personnel ?

Vous avez aussi parlé de la complexification de vos tâches. Pourriez-vous nous fournir une liste exhaustive des dispositifs qui permettraient de simplifier et d'harmoniser le service rendu aux usagers ?

M. Daniel Lenoir : Nous sommes dans la même situation que tous les gestionnaires de l'assurance maladie, obligatoire ou complémentaire. Nous avons réalisé – même s'ils sont en partie absorbés par l'augmentation de l'activité – des gains de productivité, grâce notamment à SESAM-Vitale. Nous allons aussi devoir faire face, sans doute un peu plus tard que le régime obligatoire, à la nécessité de renouveler les générations, qui permettra d'ailleurs pour partie de tirer les conséquences des gains de productivité et de l'évolution de nos métiers, qui sont de plus en plus ceux des relations avec les adhérents.

Enfin, en fonction du choix stratégique qui sera fait en matière de systèmes d'information et qui dépend largement de l'investissement consenti par le service public de l'assurance maladie, nous serons amenés à développer les métiers de gestion de l'information. Nous travaillons actuellement à tracer un cadre général d'évolution des emplois.

Je ne sais si je parviendrai à vous fournir une liste exhaustive des simplifications nécessaires, mais il y a une priorité absolue : c'est la convention médicale, qu'il s'agisse du dispositif tarifaire ou de la gestion du parcours de soins.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Savez-vous ce que va coûter, en termes de modification des programmes, la réforme de la convention ?

M. Daniel Lenoir : Je ne puis vous donner de chiffres car il y a encore une grande part d'incertitude. Nous travaillons avec l'assurance maladie sur l'information qui nous sera transmise. Le coût dépendra largement des dispositifs qui seront mis derrière : les choses seront différentes s'ils ne permettent pas de valoriser comme nous le souhaitons le parcours de soins. Mais, je le répète, la priorité est de simplifier la convention médicale.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous vous remercions d'avoir participé à cette audition et nous attendons les informations complémentaires que nous vous avons demandées.

*

Audition de M. Gérard de La Martinière, président de la Fédération française des sociétés d'assurances, et de M. Jean-Marc Boyer, délégué général

M. Pierre Morange, coprésident : J'ai le plaisir de souhaiter la bienvenue à M. Gérard de La Martinière, président de la Fédération française des sociétés d'assurance, et à M. Jean-Marc Boyer, délégué général.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Bien que le champ d'investigation de notre mission soit limité au mode de gestion du régime général, il nous a semblé opportun d'examiner aussi celui des organismes complémentaires. Nous vous entendrons avec intérêt dire quel est le pourcentage de vos coûts de gestion rapporté aux sommes versées à vos assurés, quel est le coût moyen de gestion par contrat et comment s'établit la comparaison sur ce point avec les mutuelles et les organismes de prévoyance.

M. Gérard de La Martinière : La Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA), qui regroupe la Fédération française des sociétés anonymes d'assurance et la Fédération française des sociétés d'assurance mutuelle, rassemble l'ensemble des métiers et des branches de l'assurance et de la réassurance, dont les sociétés qui pratiquent l'assurance santé. La part de marché des sociétés d'assurance dans le segment de l'assurance santé complémentaire est comprise dans une fourchette de 20 % à 25 %, mais elle avoisine 50 % si l'on y inclut les contrats de prévoyance conclus par le biais des employeurs. Comme il s'agit d'une activité concurrentielle, nous n'avons que peu d'informations sur les coûts de fonctionnement. Notre collecte d'informations est limitée au chiffre d'affaires, et la FFSA n'a ni motif ni même la possibilité légale de demander aux sociétés membres comment elles établissent leur tarification et leur offre ou quel est leur prix de revient. Cela relève de leur responsabilité d'entreprise. Je n'ai donc aucun chiffre à ce sujet. Nous essayerons de vous en communiquer, mais je crains qu'ils ne soient imprécis.

J'en viens à notre activité de gestionnaire délégué des régimes obligatoires d'assurance maladie des travailleurs non salariés. Elle s'exerçait par le biais du GAMEX, c'est-à-dire le groupement d'assureurs qui gérait l'assurance maladie des professionnels indépendants (AMPI) et l'assurance maladie des exploitants agricoles (AMEXA). Depuis le 1^{er} janvier 2005, le mouvement progressif de regroupement s'est achevé par la constitution d'Apria-RSA, qui réunit désormais l'ensemble des activités de gestion de ces régimes obligatoires et une partie de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles des exploitants agricoles (AAEXA). Apria-RSA est une association loi 1901 elle-même placée sous la tutelle de la FFSA. Le trait commun à ces divers régimes est la liberté de choix du gestionnaire par l'assuré. Apria-RSA est représentée dans un très grand nombre de

départements, DOM compris. C'est même, par exception, le gestionnaire délégué du régime général à la Réunion.

Nous disposons de plusieurs indicateurs mesurant la qualité du service rendu. Ainsi, les cinq centres d'appel téléphonique communs et les deux plateformes de gestion des prestations du régime AAEXA sont certifiés ISO 9001. Par ailleurs, le délai moyen annuel de liquidation des feuilles de soin était, en 2004, de 5,7 jours pour les feuilles papier et de 1,3 jour pour les feuilles de soin électroniques. L'indicateur de productivité montre qu'en 2004 un employé à temps plein gérait 1 783 bénéficiaires de prestations maladie et 1 806 cotisants des régimes maladie. En 2004, le coût de gestion annuel moyen s'est établi à 34,2 euros par cotisant et à 4,3% des prestations servies. Les éléments de comparaison avec les autres organismes sont minces puisqu'ils ne publient aucun chiffre. Toutefois, un rapport commun de l'Inspection générale des finances et de l'IGAS comparant le coût de recouvrement de l'URSSAF et des organismes complémentaires montre qu'il s'établit à 79 euros pour la première et à 56 euros pour les seconds, et que l'on compte un salarié pour 985 comptes dans les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et un salarié pour 1 265 comptes dans le régime AMPI. Ces quelques indications permettent de penser qu'en matière de productivité et de maîtrise des coûts, la gestion déléguée d'Apria-RSA se compare avantageusement avec celle des régimes qui gèrent eux-mêmes. Voilà pourquoi, lors de la réforme du régime social des travailleurs indépendants (RSI), nous avons milité en faveur de la préservation du principe du libre choix, facteur de concurrence et d'émulation qui risque de disparaître si tout est concentré entre les mains de l'URSSAF.

J'observe que distinguer gestion du régime et gestion de la clientèle permettrait de mieux maîtriser les coûts. En ma qualité de membre du conseil de la CNAMTS au titre de la représentation patronale, j'ai posé quelques questions sur les coûts de gestion et je me suis entendu répondre qu'ils sont tellement minimes au regard des montants brassés qu'il n'y a pas lieu de s'y arrêter. Telle n'est pas mon opinion, et j'ai bien l'intention d'appeler l'attention du directeur de la caisse sur l'importance de la maîtrise des coûts.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : De fait, même si les pourcentages sont faibles, on a toujours intérêt à vérifier si l'on ne peut faire mieux. En matière d'assurance complémentaire santé, comment peut-on améliorer la productivité ? A l'inverse, quels facteurs peuvent pousser les coûts à la hausse ?

M. Gérard de La Martinière : L'expérience montre que la source principale d'économies et d'amélioration de l'efficacité est la concentration des portefeuilles de clients, qui permet des gains de productivité très significatifs aussi bien en informatique qu'en gestion du travail. C'est ce qui a conduit à la constitution d'Apria-RSA. Cette structure, qui couvre 1,6 million d'assurés, est unitaire en ce qu'elle a une gestion et un management communs, mais elle est aussi présente dans 80 départements, ses antennes locales permettant de maintenir le contact avec la clientèle.

Il me semble, à ce sujet, que toute réflexion sur l'organisation du régime général devrait commencer par une interrogation sur le réseau local des caisses de sécurité sociale. On comprend l'intérêt de la gestion territoriale de l'action sociale, mais beaucoup moins bien la persistance d'une gestion administrative assurée par des organismes relativement autonomes au sein d'un réseau qui n'a pas évolué depuis cinquante ans. Cette organisation ne correspond pas à ce que l'on peut obtenir par la standardisation des modes de gestion et de l'informatique.

M. Pierre Morange, coprésident : Vous nous avez expliqué ne pouvoir estimer le coût de gestion des contrats de santé. Pourtant, les mutuelles le font, et votre Fédération fait par ailleurs état d'une « maîtrise des coûts unanimement reconnue ». Comment peut-elle en être certaine si elle n'a pas les moyens de centraliser les informations ?

M. Gérard de La Martinière : Nous n'avons pas vocation à scruter les comptes d'exploitation des sociétés adhérentes, qui travaillent sur le marché concurrentiel. C'est le rôle de la commission de contrôle des assurances. Les mutuelles, parce qu'elles évoluent dans un ensemble peu concurrentiel, ne sont pas tenues à la même réserve. La seule comparaison faite par nos clients porte sur la couverture obtenue pour un prix donné. Savoir comment l'assureur élabore le prix de son offre ne les intéresse en rien.

Mme Catherine Génisson : On ne peut qu'adhérer à l'idée d'une simplification de la gestion administrative du régime général, mais vous avez rappelé, à juste titre, la fonction sociale de caisses, qui ne peut être négligée. Je souligne qu'elles n'ont pas de clients mais que s'adressent à elles les citoyens assurés sociaux, ce qui n'est pas la même chose. Dans cette ligne, j'aimerais connaître votre position sur la sélection des risques puisque, de fait, vous n'avez pas à assurer l'ensemble de nos concitoyens.

M. Gérard de La Martinière : Nous ne faisons aucune sélection à l'entrée car la législation l'interdit formellement. Nous n'opérons pas davantage de sélection en notre qualité de gestionnaire délégué, bien que nous soyons, là aussi en concurrence, avec la Mutualité sociale agricole (MSA) par exemple. C'est la qualité du service rendu qui joue, dans un climat de saine émulation.

M. Pierre Morange, coprésident : Quelle part faites-vous à l'accidentologie ? Les chiffres sont pour le moins dispersés.

M. Gérard de La Martinière : Je ne suis pas certain de pouvoir vous répondre de but en blanc, sinon pour vous dire que la démarche est double. Les entreprises consacrent une part de leurs ressources à l'analyse des risques pour améliorer la prévention, et la FFSA définit des actions collectives. Elle le fait en matière de sécurité routière par conventionnement avec l'Etat et par le canal de la Prévention routière, qu'elle soutient largement et, dans une démarche similaire, pour la prévention en matière de santé par le biais de l'association « Assureurs, prévention, santé », qui oriente son action actuelle sur la prévention de l'obésité chez les jeunes.

M. Pierre Morange, coprésident : Je souhaitais une estimation précise des sommes remboursées aux caisses d'assurance maladie par les sociétés d'assurance, aux termes de la convention qui les lie. J'aimerais par ailleurs savoir comment vous envisagez le contrôle médical et quelles sont ses modalités.

M. Gérard de La Martinière : Le contrôle médical s'exerce, sur dossier, dans le strict respect du secret professionnel, pour déterminer si les éléments soumis à l'assureur entrent dans le champ de couverture du contrat.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Comme le président Morange, je vous serais reconnaissant de nous transmettre le montant exact des remboursements faits à la sécurité sociale des dépenses liées aux accidents corporels.

M. Gérard de La Martinière : Les chiffres vous seront communiqués. Sur un plan général, on peut se demander si les procédures actuelles sont les meilleures et s'il ne serait pas à la fois plus simple et plus compréhensible pour l'assuré que la prise en charge soit faite

directement par les sociétés d'assurance sans passer par la sécurité sociale. Je sais que le système en vigueur est utile aux hôpitaux, mais il est très complexe.

M. Pierre Morange, coprésident : La solution que vous suggérez poserait le problème de l'indépendance de l'expertise.

M. Gérard de La Martinière : Il y a d'ores et déjà presque toujours expertise pour évaluer la réparation du dommage.

M. Pierre Morange, coprésident : Pouvez-vous nous donner quelques indications sur l'informatisation des sociétés membres de la FFSA, nous dire si des connexions sont établies avec le régime général et avec la MSA et s'il y a interopérabilité des systèmes ?

M. Gérard de La Martinière : Nous avons beaucoup investi dans la simplification et l'automatisation des systèmes, et nous en sommes au point où, dans une proportion très importante, les informations sont captées directement depuis les caisses de la sécurité sociale sans que nous ayons à passer par le client, ce qui permet de liquider la part complémentaire dans la foulée de la part remboursée par le régime général. Cette information a constitué notre principal gain de productivité. Nous nous attachons par ailleurs à établir des liaisons informatiques directes avec les professionnels de santé et particulièrement les pharmaciens pour obtenir des informations sur les soins et les coûts, mais cela suppose des améliorations techniques. La première devrait être de réserver un espace de la carte SESAM-Vitale aux informations nécessaires aux assurances complémentaires. La seconde serait que les professionnels de santé puissent saisir en une fois les informations destinées à la sécurité sociale et aux assurances complémentaires. Nous y travaillons au sein du GIE SESAM-Vitale.

Cela pose la question déterminante de la nature des informations qui peuvent être soumises aux sociétés d'assurance. Actuellement, elles sont filtrées, si bien que l'assureur, n'ayant pas connaissance du détail des prestations, ne peut ajuster son offre à ses clients. Nous souhaitons donc, dans l'esprit des recommandations du rapport de M. Christian Babusiaux, parvenir à une approche plus fine, qui nous permettrait d'influer sur le comportement de nos clients. Il faudrait, pour cela, entrer plus avant dans le détail des soins, ce qui suppose soit le consentement exprès de l'assuré, soit des procédures d'anonymisation, le tout dans le respect, naturellement, du secret professionnel.

M. Pierre Morange, coprésident : La ristourne qui vous est allouée par l'Etat pour couvrir les frais de gestion de la CMU complémentaire est-elle suffisante ?

M. Gérard de La Martinière : Un dialogue régulier et ouvert avec la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM) et la MSA permet de négocier sans difficulté particulière l'évolution des sommes allouées à cette délégation de gestion. De notre point de vue, l'allocation n'est pas particulièrement généreuse, mais elle permet de couvrir les frais d'une gestion que nous voulons rigoureuse.

M. Pierre Morange, coprésident : Si vous jugez que l'allocation n'est « pas particulièrement généreuse », c'est bien que vous avez une idée des coûts de gestion des contrats ?

M. Gérard de La Martinière : C'est vrai pour ce qui est de la gestion déléguée par la MSA ou l'AMPI, mais pas pour l'activité propre des sociétés d'assurances.

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous remercie.

**Audition de M. Pierre-Mathieu Duhamel, directeur du budget
au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie**

M. Pierre Morange, coprésident : Nous avons le plaisir d'accueillir M. Pierre-Mathieu Duhamel, directeur du budget, accompagné de M. François Carayon, sous-directeur, et de leurs collaborateurs, M. Guillaume Gaubert et M. Alexandre Grosse. Je donne tout de suite la parole à notre rapporteur pour qu'il pose les premières questions.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Je vous remercie d'être venus à notre invitation. Nous avons déjà reçu M. Carayon au mois de février, mais ayant procédé entre-temps à un certain nombre d'auditions, nous avons jugé indispensable, avant de remettre nos conclusions dans quelques semaines, d'entendre à nouveau la direction du budget.

Nous avons retiré desdites auditions l'impression d'un certain sous-investissement des branches en matière informatique. N'est-ce pas un facteur d'inflation des coûts pour l'avenir ? Et une coopération accrue entre les branches permettrait-elle de la contenir ?

Par ailleurs, la Cour des comptes a pointé une certaine aisance financière des caisses, due au mode de calcul de l'enveloppe destinée à financer les actions prévues dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion (COG). Quelles conséquences seront tirées de ces observations dans les futures COG en cours de négociation ?

M. Pierre-Mathieu Duhamel : Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à la direction du budget, et suis très honoré que vous l'ayez invitée une seconde fois. Peut-être aurais-je dû venir en personne la première, et mes collaborateurs la seconde, car le degré de précision et d'acuité de vos questions ne manquera pas d'être encore plus grand aujourd'hui, et je dois dire honnêtement que, pour le directeur du budget, la gestion des quelque mille caisses de sécurité sociale constitue un dossier parmi d'autres, et que je dois m'appuyer sur la science de mes collaborateurs, la mienne étant faible au regard de la leur.

S'agissant de la gestion informatique, il est exact que les enveloppes fixées dans les COG précédentes, notamment celle de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), ont été sous-utilisées.

M. Pierre Morange, coprésident : A combien peut-on chiffrer cette sous-utilisation ? Et quelles en sont les raisons ?

M. Pierre-Mathieu Duhamel : Pour la COG 2000-2003, il avait été prévu 1,5 milliard d'euros environ, mais seul 1,14 milliard a été dépensé. Pourquoi ? Parce que la CNAMTS a préféré, à la refonte envisagée initialement, la rénovation technique préalable des systèmes. C'est un choix qui pouvait se justifier, les deux opérations étant sans doute périlleuses à mener en même temps, mais le résultat en est que les applications demeurent cloisonnées. Or c'est dans le décloisonnement que réside une grande partie des gisements de productivité. En avril dernier, nous avons reçu le rapport conjoint de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales, dont j'imagine que vous avez eu connaissance.

M. Pierre Morange, coprésident : Non, et nous l'avons donc demandé au ministre !

M. Pierre-Mathieu Duhamel : En attendant que vous le receviez, je vous livre donc la primeur de quelques-uns de ses éléments. Ce rapport formule des recommandations sur différents grands chantiers informatiques de la CNAMTS et indique que la gestion par enveloppe globale n'est probablement pas assez fine, la bonne façon de faire étant sans doute, pour la prochaine COG, d'identifier plus précisément les grands projets, en associant à chacun d'eux une logique de retour sur investissement. Ce retour peut être une amélioration de la qualité du service, des délais de traitement des dossiers, ou un raccourcissement du temps d'attente aux guichets, mais aussi une économie de personnel grâce au traitement automatisé. Si je puis me permettre une analogie avec un univers qui m'est plus proche, à savoir les services d'assiette et de recouvrement de l'impôt, l'arrivée à maturité des grands projets lancés voici quelques années commencent à permettre des économies très substantielles à la direction générale des impôts comme à celle de la comptabilité publique.

S'agissant de la coopération entre caisses, l'un des enjeux importants est la compatibilité des systèmes informatiques entre eux, qui évite d'avoir à ressaisir, avec tous les risques d'erreur et les pertes de temps que cela comporte, les données individuelles lorsqu'un dossier se transporte d'un endroit à un autre, y compris entre deux caisses primaires d'une même branche.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous avons bien compris le principe général, et nous y adhérons, mais concrètement, comment, selon quels critères l'enveloppe évoluera-t-elle entre l'ancienne et la future COG ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Quels seront les nouveaux indicateurs éventuels ?

M. Pierre-Mathieu Duhamel : L'enveloppe ne sera pas déterminée a priori, mais sera la résultante de plusieurs grandes composantes, qui seront des projets identifiés, pour lesquels nous devons avoir des indicateurs de gains de productivité, y compris en termes d'effectifs. Il est difficile de dire que la somme sera de tant. Si l'ordre de grandeur, en euros courants, était voisin de celui de la COG initiale, cela ne me choquerait pas particulièrement, sous réserve que soient identifiés les résultats attendus et que soit fixé un échéancier.

M. Pierre Morange, coprésident : M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale, indique dans les réponses au questionnaire de notre rapporteur, que les gains de productivité devraient tourner autour de 2 à 3 % par an. Cet objectif vous paraît-il crédible ? Insuffisant ? Excessif ?

M. Pierre-Mathieu Duhamel : Si je compare avec les gains assignés par le Premier ministre aux services de l'État, l'ordre de grandeur est très voisin. Cela paraît donc raisonnable, suffisamment ambitieux sans être irréaliste.

M. Pierre Morange, coprésident : Suffisamment ambitieux, vraiment ?

M. Pierre-Mathieu Duhamel : Pour un directeur du budget, on n'est jamais assez ambitieux en matière de gains de productivité. Au-delà de la fixation d'un chiffre précis, il faut surtout que les moyens de son obtention soient clairement identifiés.

M. Pierre Morange, coprésident : Mais ces moyens sont tout de même sous-tendus par des objectifs. Quels sont-ils ?

M. Pierre-Mathieu Duhamel : Ces moyens sont notamment les grands projets informatiques dont je vous parlais à l'instant, et qui doivent faire l'objet d'une analyse chiffrée projet par projet. Mais il y a d'autres dimensions à prendre en compte, comme la rationalisation du réseau, question qui se pose également pour la collecte de l'impôt, et dont je ne vous apprendrai pas qu'elle n'est pas tout à fait indissociable d'autres aspects, tels que le maillage du territoire et l'accès des citoyens au service public. Le développement des nouvelles technologies nous fournit tout de même une partie de la réponse : se déplacer physiquement au guichet est de moins en moins nécessaire, qu'il s'agisse de réserver un billet de train, de payer ses impôts ou de se faire rembourser ses dépenses de soins. D'énormes efforts ont été faits, mais on n'a sans doute pas poussé jusqu'au bout l'utilisation de toutes les possibilités nouvelles.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Il nous a justement semblé, lors de nos auditions, qu'il y avait une absence de réflexion stratégique et prospective sur le mode de fonctionnement à moyen terme. Qui, selon vous, doit être chargé de cette réflexion ? Nous avons été sur le terrain, dans des caisses primaires ou régionales, et un directeur nous a certifié que des gains étaient possibles, grâce à une coopération renforcée entre caisses, à une télématique plus développée, à la mutualisation des centres d'appel, de l'immobilier, des achats. Et d'un autre côté, paradoxalement, on a l'impression d'une absence de réflexion. Qui, selon vous, doit piloter cette stratégie ?

M. Pierre-Mathieu Duhamel : Nous avons naturellement vocation, dans le cadre de la discussion des COG, à jouer un rôle d'aiguillon, mais ensuite la mise en œuvre incombe au gestionnaire de chaque réseau, car la tutelle - ou le partenaire - que nous sommes n'a pas vocation à gérer à la place des gestionnaires. C'est d'ailleurs toute la logique de la nouvelle architecture budgétaire, qui vise à distinguer clairement, à l'intérieur de l'État lui-même, la responsabilité d'ensemble et le pilotage des grandes politiques publiques, avec des programmes bien identifiés, des objectifs et des indicateurs. Il en va de même, *a fortiori*, dans un système comme celui de la sécurité sociale, qui n'est pas étatisé, et dont il faut préserver l'autonomie de gestion. Mais il faut qu'on sente une demande de la part de l'État, de la part des usagers, des gens qui sont dans les conseils d'administration ou de surveillance des caisses, mais aussi du Parlement, quand celui-ci examinera le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) selon la loi organique révisée la concernant (LOLFSS). Reste que la responsabilité du projet stratégique appartient d'abord aux gestionnaires des caisses. Il ne serait pas sain que ce soit nous qui le définissions, et nous n'aurions d'ailleurs pas les moyens de le mettre en œuvre à leur place. Le contrôle du Parlement est tout sauf indifférent, de ce point de vue, puisque la nouvelle présentation du PLFSS comportera désormais des programmes de qualité et d'efficience, éventuellement matérialisés sous forme de sous-objectifs de dépenses.

M. Pierre Morange, coprésident : Il est clair que vous avez un rôle d'aiguillon, mais il faudra bien que vous mettiez sur la table la question du schéma organisationnel. Avez-vous évoqué, à ce stade, un rapprochement des branches ? La mise en place d'un guichet unique de proximité ?

M. Pierre-Mathieu Duhamel : Il y a un point que je n'ai pas encore mentionné : c'est la nécessité de disposer d'une batterie d'indicateurs certifiés, et reconnus par tous, permettant les comparaisons, à organisation constante, de voir quel est le degré de dispersion, qui progresse et qui stagne. C'est un point incontournable des prochaines COG. On est en train de le faire en milieu hospitalier, il n'y a aucune raison que cela ne se fasse pas dans le secret des caisses.

Avons-nous pour autant concocté, dans le secret de nos ateliers, un schéma de maillage et d'organisation idéal ? Je réponds clairement non. Nous ne nous sentons pas la légitimité ni les compétences pour le faire seuls et l'imposer. Nous avons quelques idées sur la taille des caisses, par analogie, là encore, avec ce que nous savons des petites unités de gestion dont les coûts fixes sont trop élevés au regard de leur volume d'activité. Nous avons des exemples d'organisations intégrées à plusieurs casquettes - assurance vieillesse, accidents du travail, assurance maladie - qui fonctionnent bien. Nous avons testé des rapprochements, avec constitution d'un seul guichet, pour de petits régimes spéciaux, comme le régime d'assurance maladie des militaires, dont la COG prévoit une diminution en euros courants sur quatre ans grâce à un vrai effort de rationalisation, ou encore le régime des cultes. On peut donc tester des améliorations sur des systèmes réduits et voir si elles sont transposables. Mais nous n'avons pas de modèle de référence tout prêt.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : La qualité du service rendu semble pâtir de la segmentation excessive de la prise en charge de chaque assuré, qui fait, par exemple, que celui-ci doit répéter les mêmes démarches à trois endroits différents. L'idée d'un fichier national de données personnelles, sociales ou même fiscales, est-elle, selon vous, une piste de réforme – sous réserve, bien sûr, des règles imposées par la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) ?

M. Pierre-Mathieu Duhamel : Certainement. Pardonnez-moi de procéder encore par analogie avec ce que je connais de plus près, mais pour un contribuable mensualisé, changer de département tourne au cauchemar, car sa nouvelle trésorerie exige qu'il paie la totalité de l'impôt sur le revenu, sans tenir compte des acomptes déjà versés. La seule solution est la gestion unifiée de l'identité fiscale de chaque contribuable, avec un numéro identifiant qui le suit dans ses pérégrinations. Toutes les garanties individuelles exigées par la CNIL ont été apportées, et nous sommes en train de mettre en place les outils informatiques qui permettront d'éviter, nous l'espérons, ce genre d'incidents. De la même façon, il devrait être possible de construire un système, une base de données commune à l'ensemble des régimes sociaux, mais j'insiste sur le fait qu'il nous a fallu de longues années pour résoudre tous les problèmes de confidentialité et de libertés individuelles. On peut dire aussi que c'est une bonne raison pour commencer le plus tôt possible.

M. Pierre Morange, coprésident : S'agissant des ressources humaines, quelle est votre réflexion sur la mobilité, tant géographique que fonctionnelle, des personnels de la sécurité sociale ?

M. Pierre-Mathieu Duhamel : Je la crois souhaitable, mais ma réponse serait la même pour toute grande organisation. Les qualifications exigées se modifient sous l'effet de l'informatisation et du traitement automatique de masse. Le mieux est d'anticiper le phénomène, grâce à des dispositifs de requalification des agents, de gestion prévisionnelle des effectifs, et le cas échéant de mobilité géographique.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Les critères de ressources servant au calcul des différentes allocations sont loin d'être unifiés, et cela pose de nombreux problèmes. Est-il envisageable d'unifier les critères, éventuellement à partir des données fiscales ? C'est une question souvent posée par les personnels et les directeurs des caisses, car l'utilisateur comprend mal ces différences.

M. Pierre-Mathieu Duhamel : Sur le plan des principes, toute simplification est bienvenue. Mais quand on modifie certains paramètres, on modifie du même coup, et parfois

de façon importante, les situations individuelles, avec des perdants et des gagnants. Il faut donc en mesurer par avance les conséquences éventuelles. Le système est suffisamment touffu pour que cela mérite examen.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Vous ne me répondez pas. Ce ne sont pas les mêmes critères, par exemple, pour les allocations familiales et pour la couverture maladie universelle (CMU). Cela crée une complexité pour l'utilisateur comme pour les personnels.

M. Pierre-Mathieu Duhamel : Je suis très favorable à la simplification, mais si elle consistait à aligner toutes les références sur la plus favorable, cela aurait de fortes conséquences sur les finances publiques, et je ne pourrais pas y être complètement indifférent.

M. Pierre Morange, coprésident : Quelle est votre réflexion sur les coûts comparatifs de gestion d'une structure par branche comme la CNAMTS et d'une structure interbranches comme la MSA ?

M. François Carayon : Ce type de questionnement est au cœur de la recherche d'outils comparatifs. Aujourd'hui, nous n'avons pas d'indicateurs permettant d'accéder directement à des références comparables. Ce que nous apprennent les comparaisons entre branches, ou entre le régime général et les régimes spéciaux, c'est que la mise en commun entre organismes est génératrice d'économies, nous avons des exemples précis. Il est clair, par exemple, que la mise en place du régime social des travailleurs indépendants (RSI) a permis des gains d'efficacité et de qualité.

M. Pierre Morange, coprésident : Quels sont les objectifs de gains de productivité pour le RSI ?

M. François Carayon : Je n'ai pas les éléments ici, je vous les ferai parvenir. Nous avons trois organismes, avec trois réseaux – la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles (CANAM), la Caisse nationale de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions industrielles et commerciales (ORGANIC) et la Caisse nationale de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales (CANCAVA) – qui emploient ensemble 5 500 agents. Il y aura des gains d'efficacité possibles grâce au regroupement des structures, et l'une des premières décisions, prise au cours des trois dernières semaines et publiée au *Journal officiel*, a été de nommer un directeur unique.

M. Pierre-Mathieu Duhamel : Cela fait une économie de 66 %, mais qui n'est évidemment pas reproductible à l'échelle de tout le personnel.

M. Pierre Morange, coprésident : Quel est l'agenda de votre réflexion sur ces comparaisons entre une gestion par branche et une gestion interbranches ? Vous êtes-vous donné des délais précis ?

M. François Carayon : Le directeur de la sécurité sociale a fait référence à la construction d'une batterie d'indicateurs par un groupe de travail interbranches. Je ne puis répondre à sa place, mais il faudrait savoir à quel moment les documents qui seront annexés au projet de loi de financement de la sécurité sociale nouvelle pourront intégrer ces indicateurs. Actuellement, la loi donne un certain délai pour mettre en place tous les volets

des programmes de qualité et d'efficience. En tout état de cause, nous utilisons, dans la négociation de la COG de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), ces éléments comparatifs comme arguments de négociation, et le fait que celle-ci doive déboucher sur des gains de productivité va nous servir de point d'appui dès cette année. Dès la fin de 2005, donc, le Parlement aura des éléments de comparaison sur les branches du régime général.

M. Pierre Morange, coprésident : Il nous reste à vous remercier pour vos réponses et à vous demander de nous adresser quelques informations complémentaires, notamment sur la future enveloppe de la COG.

AUDITIONS DU 2 JUIN 2005

Audition de M. Pierre-Yves Chanu, conseiller confédéral de la Confédération générale du travail (CGT), responsable du financement de la protection sociale, de M. Yves Vérollet, secrétaire confédéral de la Confédération française démocratique des travailleurs (CFDT), en charge du pôle santé au service de la protection sociale, de M. Franck Urbaniak et de Mme Fabienne Ratajek, en charge du secteur protection sociale à la Confédération générale du travail - Force ouvrière (CGT-FO), de M. Jean-Louis Deroussen, secrétaire général adjoint de la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC), chargé du paritarisme et de la protection sociale, et de Mme Danièle Karniewicz, secrétaire nationale de la Confédération française de l'encadrement - CGC (CFE-CGC), en charge du pôle protection sociale

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous souhaite la bienvenue à cette audition, qui s'inscrit dans le cadre de notre étude des coûts de gestion des branches de la sécurité sociale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Au fil de nos auditions, il nous est apparu également intéressant de nous pencher sur l'organisation et les structures des diverses branches et caisses de l'assurance maladie sur le territoire national.

C'est donc de ce point de vue que je vous demanderai tout d'abord si vous ressentez véritablement la nécessité d'une évolution d'un système qui a peu changé depuis 1945 et si vous jugez nécessaire, par exemple, d'adapter le réseau aux changements géographiques, économiques et démographiques intervenus depuis lors.

M. Pierre-Yves Chanu : Si nous sommes très préoccupés par la situation financière de la sécurité sociale, la question des coûts de gestion ne nous paraît pas essentielle au regard de l'ampleur des besoins, même s'il est normal de rechercher l'usage le plus économe possible des ressources.

S'agissant plus précisément de l'organisation territoriale, nous ne sommes pas figés sur l'idée que les choses ne doivent pas bouger, mais nous jugeons essentiel de conserver un réseau de proximité, ce qui implique de rester centré sur l'échelon départemental.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Pourquoi ?

M. Pierre-Yves Chanu : Parce que c'est l'échelon de proximité qui nous paraît le plus pertinent.

M. Pierre Morange, coprésident : Mais, dans la mesure où ce qui importe vraiment, c'est le service rendu à l'assuré, donc le guichet de proximité et les points d'accueil, en quoi est-ce le département qui répond le mieux à ce besoin ? L'échelon régional n'est-il pas mieux adapté à des réflexions d'ensemble sur la réforme de l'assurance maladie comme à la déclinaison locale, en contact direct avec les assurés ?

M. Pierre-Yves Chanu : La question du service aux assurés est fondamentale, mais ce service ne passe pas seulement par un guichet. Nous, nous restons attachés à un système fondé sur la participation des assurés sociaux à la gestion du régime, et nous sommes convaincus que cette gestion doit rester au niveau du département.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous sommes tous attachés à la démocratie sociale, mais pour vous est-il indispensable qu'elle se situe dans le département plutôt que dans la région ?

M. Pierre-Yves Chanu : Oui !

M. Yves Vérollet : La pyramide des âges et les progrès techniques permettent aujourd'hui d'envisager plus sereinement les choses, même du point de vue des syndicalistes. Pour l'assurance maladie, de 2003 à 2004, les dépenses de personnel n'ont augmenté que de 0,3 % grâce aux économies permises par le non remplacement des départs en retraite.

Cela dit, pour nous, la première réponse n'est pas organisationnelle mais se situe dans les différentes branches et dans leurs nouvelles missions : gestion des risques pour l'assurance maladie, droit à l'information pour l'assurance vieillesse, gestion des minima sociaux pour la branche famille. Face à cette variété, il ne saurait donc y avoir une réponse unique pour toutes les branches.

Pour l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), dont les missions ont aussi changé, si la notion de proximité est importante, nous sommes également favorables à la mutualisation des missions avec des regroupements de caisses.

Pour l'assurance maladie, éclatée entre les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), les unions régionales de caisses d'assurance maladie (URCAM), les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), nous sommes partisans d'une plus grande cohérence et nous prônons une structure régionale de pilotage du régime général, les instances locales déclinant pour leur part la politique régionale établie à partir des orientations nationales.

M. Franck Urbaniak : Pour faire un peu de provocation, je dirai que nous sommes pour le maintien des conseils généraux et contre l'idée de tout transférer aux conseils régionaux. Cela signifie que la sécurité sociale a vocation à être gérée au niveau départemental. Nous sommes donc favorables au maintien d'un pouvoir de décision politique dans le département, ce qui ne signifie pas que nous soyons hostiles à un renforcement du rôle de la région et à un pilotage national.

Il est sans doute possible de faire évoluer le réseau, notamment en mutualisant certaines activités, on l'a vu avec les plates-formes téléphoniques - et il existe aussi des possibilités en matière de contentieux. Mais cela n'est pas antinomique avec le maintien d'une présence de proximité.

S'agissant de la nécessité d'agir en priorité sur les coûts de gestion des branches, il faut replacer le débat dans un cadre plus général en rappelant que ces coûts ne représentent que 5 % des dépenses de la sécurité sociale. C'est pourquoi, si la Cour des comptes considère que la réduction des coûts de gestion pourrait être un facteur d'économies, nous pensons au contraire qu'il y aurait intérêt à investir dans la gestion administrative pour faire des économies sur les 95 % restants. Car on ne mettra pas en œuvre la maîtrise médicalisée en réduisant le personnel, au contraire !

M. Jean-Louis Deroussen : Nous ne sommes pas crispés sur les fondements historiques et nous sommes prêts à réorganiser un réseau quelque peu obsolète. Mais, pour nous, le niveau départemental est bien le plus pertinent. La loi de décentralisation donne des pouvoirs au département, il est donc important que les partenaires sociaux puissent s'exprimer, à ce niveau, au sein des conseils d'administration. C'est aussi cela, la proximité. J'ajoute que l'on ne peut pas confondre la gestion des caisses d'allocations familiales (CAF)

et des CPAM avec de simples points d'accueil. Le fait qu'il existe plusieurs caisses dans certains départements tient à des facteurs divers : sociologique dans le Finistère, géographique en Ardèche. Il n'est donc pas possible de décréter arbitrairement qu'il n'y aura qu'une seule institution par département. Qui plus est, même quand les partenaires sociaux sont d'accord pour que les choses changent, ils se heurtent souvent aux élus, qui ont déjà vu fermer la perception, la poste, la gendarmerie, et qui ont du mal à admettre qu'on supprime aussi une CAF ou une CPAM. D'ailleurs, le résultat du référendum de dimanche dernier exprime un besoin de proximité, il faudrait le comprendre.

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous laisse la responsabilité de ce rapprochement.

Cette mission réfléchit à l'organisation de la sécurité sociale. Nous ne sommes pas obsédés par les économies, mais nous nous intéressons à la façon de rationaliser les moyens humains et techniques pour améliorer la qualité du service, la proximité, l'accessibilité. Par exemple, optimiser le contrôle médical dans le cadre d'une maîtrise médicalisée aurait sans doute un effet levier qui entraînerait des économies substantielles.

Mme Danièle Karniewicz : Les assurés sont très attachés au réseau de proximité pour la maladie, la famille, et même la vieillesse, avec les agences retraite. Les partenaires sociaux se réjouissent également de disposer de cet échelon politique de proximité. On voit bien dans les DOM, avec les caisses générales de sécurité sociale, qu'il n'est pas facile de gérer le multirisque, d'autant qu'on est tenu de respecter plusieurs conventions d'objectifs et de gestion.

Le service que leur offre la sécurité sociale est fondamental pour les Français, qui se préoccupent avant tout de ce qu'elle pourrait devenir. De ce point de vue, les coûts ne sont qu'un prétexte : les frais de fonctionnement d'une CRAM ne représentent souvent que 1 à 1,5 % des prestations versées. Connaissez-vous un seul autre organisme qui se situe à ce niveau ? Alors, nous ne disons pas qu'il ne faut pas faire d'économies, mais qu'il faut les faire au bon endroit et sans bouleversement trop profond par rapport aux attentes des Français.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Si je comprends bien, il ne faut pas bouger. Ou bien avez-vous des propositions pour restructurer, pour mutualiser certains postes et lesquels ? Nous avons visité des CPAM et des CRAM et les directeurs comme le personnel nous ont dit qu'il y avait des possibilités. Nous souhaitons donc tout simplement savoir quels postes de dépenses peuvent être mutualisés pour un meilleur service aux assurés.

M. Pierre Morange, coprésident : Que pensez-vous, de ce point de vue, de l'offre globale de services de la mutualité sociale agricole (MSA) ?

M. Yves Vérollet : Il faut éviter les faux débats : dire qu'on doit passer d'un échelon local à un échelon régional ne signifie pas qu'il y aura des fermetures car il faut bien maintenir les services de proximité, bien sûr en évitant les doublons. Autre faux débat, celui sur les conseils, qu'il faut dédramatiser en montrant qu'il y a des responsabilités différentes. Il nous semblerait intéressant d'avoir des conseils locaux avec tous les acteurs : usagers, partenaires sociaux, professionnels de santé, qui seraient là pour voir comment ça marche.

M. Pierre Morange, coprésident : Qu'entendez-vous par « locaux » ?

M. Yves Vérollet : Nous ne sommes pas fermés à l'idée d'une caisse par département, mais cela ne signifierait pas forcément, pour prendre l'exemple de l'Isère, que c'est la plus petite, à Vienne, qui serait fermée.

M. Pierre Morange, coprésident : Vous pensez à une caisse par branche ou à une caisse interbranches ?

M. Yves Vérollet : Le regroupement des branches est sans doute une fausse bonne solution. La MSA est un petit régime, qu'il serait absurde de diviser en plusieurs branches. En revanche, pour le régime général, une caisse interbranches serait une structure énorme. Pour autant, il pourrait y avoir des maisons de la protection sociale rassemblant plusieurs services.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Si nous parlons d'organisation, c'est pour améliorer qualitativement la gestion. La proximité avec les usagers est une règle évidente et les choses s'améliorent, en particulier grâce aux plates-formes téléphoniques et à l'implantation de bureaux au plus près des bassins d'emploi. Les usagers comme le système lui-même ont beaucoup à gagner au renforcement de la qualité de l'accueil.

Je m'interroge en revanche sur l'utilité et la fonctionnalité de structures politiques auxquelles vous semblez très attachés mais dont je ne vois pas très bien ce qu'elles font. Quel est exactement le rôle des caisses primaires ? Peut-être avez-vous des propositions pour qu'elles prennent plus de responsabilités. Devraient-elles selon vous gérer le contrôle de l'offre de soins ? Car la question « qui gère ? » est au cœur de toute réforme : s'il s'agit simplement de vérifier que la caisse primaire fonctionne bien, a-t-on besoin d'un conseil d'administration ? S'il s'agit en revanche de gérer le risque, très bien, mais voulez-vous vraiment que cela se fasse au niveau départemental ?

M. Franck Urbaniak : Prenons la commission de recours amiable : quand il manque quelques semaines à un assuré pour valider le bon nombre de jours, on a bien besoin d'un pouvoir politique pour apprécier, sur le terrain, la nécessité sociale de déroger à l'application d'une réglementation technique. C'est donc bien là que se fait le lien avec les assurés et que l'on gère concrètement la politique de protection sociale.

La Cour des comptes a dit que le nombre des caisses ne se justifiait plus dans certains départements en raison des modifications des bassins d'emploi. Nous ne sommes donc pas opposés à toute évolution, mais nous voulons qu'elle soit pilotée au niveau national pour ne pas dépendre de tel ou tel intérêt local.

Pour répondre à la question sur l'éventualité d'une fusion des branches de la sécurité sociale, il faut se demander quels en sont les usagers : ceux des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) sont les entreprises et il est normal de raisonner en termes de bassins d'emploi, mais une CAF n'a pas le même public et il paraît donc impossible de fusionner les deux. Par ailleurs, quand on parle de prestations, on a tendance à oublier la branche accidents du travail et maladies professionnelles. Or, en la matière, on voit mal comment s'applique le raisonnement qui a souvent été celui de votre mission. Comment, en effet, parler d'économies, de productivité, d'équivalents temps plein pour les contrôleurs de sécurité, les ingénieurs conseil et toute l'activité de prévention ?

Une réflexion sur l'organisation suppose qu'on détermine des indicateurs de productivité qui ne soient pas exclusivement financiers, qui varient selon les branches et qui soient établis au niveau national.

M. Jean-Louis Deroussen : Les plates-formes téléphoniques sont un exemple de mutualisation : on améliore bien le service de proximité en étant capable de répondre aux assurés de 8 heures à 20 heures. De même, on n'a pas besoin, dans chaque petit département, qu'un employé s'occupe spécifiquement du pôle juridique ou du conseil en immobilier. Mais mutualisation ne veut pas dire déshumanisation : il faut conserver le côté accessible et pratique des services.

M. Pierre Morange, coprésident : L'offre globale de services aux assurés vous semble une approche déshumanisée ?

M. Jean-Louis Deroussen : Il faut bien expliquer que la réforme ne signifie pas que vous n'aurez plus un homme ou une femme en face de vous pour répondre à vos questions. Aujourd'hui, les gens ont de plus en plus besoin de parler pour se rassurer, de savoir qu'ils disposent d'un service de proximité, et ils ressentent la nécessité d'aller dans une CAF pour s'en rendre compte. Quand on perçoit le revenu minimum d'insertion (RMI), on a davantage besoin de pouvoir s'adresser à une personne qu'à une technostructure déshumanisée.

M. Pierre Morange, coprésident : Le système de la MSA ne vous paraît donc pas pouvoir être adapté au régime général ?

M. Jean-Louis Deroussen : C'est un bon système, dont certains éléments pourraient être repris, mais le régime général a une autre dimension.

M. Pierre Morange, coprésident : Si je comprends bien, ce serait donc difficile en termes d'organisation, mais la philosophie est bonne ?

M. Laurent Wauquiez : En Auvergne, au lieu de procéder à une simple répartition géographique, le réseau des CAF a opéré une mutualisation par compétences : le central téléphonique dans une zone, le service juridique dans une autre. Il faut toutefois veiller à ce que ce mouvement se fasse en fonction de l'expertise de chaque CAF et pas systématiquement au profit des métropoles régionales, au risque de priver les départements de compétences et de savoir-faire.

Mme Danièle Karniewicz : La mutualisation de certaines missions – service juridique, gestion des marchés, organisation logistique – paraît logique et on ne peut y être opposé. Mais il est important d'avoir une structure dédiée à l'assuré et proche de lui dans la gestion des différentes branches. En matière de retraites, on a développé un réseau de super-proximité grâce aux agences retraite dans les petites communes, et on voit bien qu'il y a vraiment un besoin énorme de l'assuré de pouvoir poser des questions à un conseiller, le rôle de ce dernier étant d'autant plus important que le choix entre les différentes offres est de plus en plus ouvert. Cela vaut pour l'ensemble de l'action sociale.

S'agissant de la gestion politique, je crois en effet que nous, partenaires sociaux, pouvons faire davantage pour être de véritables acteurs des orientations du régime. C'est un rôle que nous revendiquons depuis longtemps.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : On a vu ce qui s'est passé pour l'assurance maladie avec la création de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), dont je n'ai pas eu l'impression qu'elle se soit traduite par plus de responsabilité pour les partenaires sociaux. Vous nous dites que les instances politiques départementales sont fondamentales, nous en prenons acte. Mais si une des leçons du vote de dimanche dernier est que l'on veut avoir des gens responsables, force est de constater qu'en matière de sécurité

sociale les responsabilités ne sont clairement identifiées ni au plan national ni au niveau local. S'agissant par exemple du risque maladie, en quoi êtes-vous demandeurs de nouvelles responsabilités ? Sur la proximité du service à l'utilisateur, je crois que tout le monde est d'accord, y compris sur le fait qu'elle doit être humaine et ne pas prendre seulement la forme électronique. Mais sur l'aspect politique, si vous demandez plus de pouvoirs, il faut dire lesquels.

M. Pierre-Yves Chanu : Insister sur la pertinence de l'échelon départemental ne signifie pas que toutes les caisses doivent tout faire : il y a des choses que les caisses les plus petites ont du mal à bien faire et pour lesquelles il est donc nécessaire de rechercher une mutualisation. Mais il y a quand même un socle commun, les choses qui doivent continuer à être faites par tout le monde. Et c'est bien, parce que la mutualisation ne doit pas se faire au profit du seul chef-lieu de région qu'on a besoin d'un pilotage national.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Mais si on mutualise à Brioude, il faudra aussi que le personnel accepte de s'y rendre. Ce peut être une difficulté.

M. Pierre-Yves Chanu : Ce genre de questions doit se régler par la concertation et par la négociation. Il faut expliquer, faire avec le personnel et non pas tout décider d'en haut.

Nous avons regretté la modification de l'équilibre des pouvoirs au niveau national et local auquel a procédé la loi du 13 août 2004. Si on continue comme cela, il sera difficile d'expliquer pourquoi on a besoin au niveau local d'un conseil d'administration aux pouvoirs limités. Pour notre part, nous sommes au contraire partisans d'un renforcement des pouvoirs de ces conseils d'administration.

M. Pierre Morange, coprésident : Mais quels pouvoirs ? Selon quelles modalités ? Dans quels domaines ? Avec quels moyens d'action ? Avec quels moyens de contrôle ?

M. Pierre-Yves Chanu : Si on prend l'exemple de l'assurance maladie, un renforcement des pouvoirs des conseils d'administration dans la politique de contrôle médical serait une excellente chose. En effet, si le contrôle n'est pas effectué au niveau local, il risque de se fonder uniquement sur les statistiques. Or, si, à un endroit donné, trois médecins sont au-dessus de la moyenne des prescriptions, cela peut s'expliquer par la situation locale. Pour ce type de questions, il serait extrêmement souhaitable de fixer des règles précises de fonctionnement du contrôle médical.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Quand on constate une irrégularité dans les prescriptions ou dans l'activité médicale, on peut se dire soit que c'est normal parce que ça répond aux besoins de la population, soit qu'il y a vraisemblablement des prescripteurs qui abusent. Et les deux peuvent être vrais. Mais pourquoi les caisses primaires n'ont-elles pas jusqu'ici – avant même la réforme du 13 août 2004 – regardé de plus près ce qui se passait ? Et encore ne parle-t-on que de la médecine de ville. Or n'oublions pas que la moitié des dépenses de l'assurance maladie concernent l'hôpital. Pourquoi les caisses primaires n'ont-elles pas pris des initiatives en ce qui concerne la qualité et l'efficacité, qui sont deux critères essentiels pour la gestion du risque ?

M. Jean-Louis Deroussen : Dans le Nord-Pas-de-Calais, on a constaté un dérapage important des arrêts de travail, le conseil d'administration s'en est saisi, il a renforcé les vérifications et, en trois mois, le nombre des journées d'arrêt de travail a diminué de 25 %. On voit bien que, quand le conseil peut être saisi, quand il prend ses responsabilités, il obtient des résultats. Son rôle est de rechercher les raisons, de prendre, en fonction de l'ensemble des éléments, des décisions politiques et, éventuellement, de sanctionner. Cela

vaut aussi pour le service du RMI par les CAF : pour certains, c'est une simple fonction administrative, mais le conseil d'administration pourrait aussi chercher à comprendre pourquoi on en verse plus à certains endroits qu'à d'autres. Qu'on rappelle donc aux conseils d'administration qu'ils ont des responsabilités et qu'ils doivent les assumer !

M. Pierre Morange, coprésident : Les caisses primaires sont-elles compétentes pour orienter le contrôle médical qui dépend de la structure nationale ?

M. Jean-Louis Deroussen : Le conseil d'administration ne remet en cause ni l'arrêt de travail prescrit par le médecin, ni la décision du médecin-conseil, mais le simple fait qu'il soit alerté peut entraîner une modification des comportements.

Mme Danièle Karniewicz : S'agissant de la gouvernance, nombreux étaient ceux, avant la réforme, qui insistaient sur la confusion des rôles entre l'État, les services et les partenaires sociaux. Il paraît donc difficile de reprocher aujourd'hui à ces derniers de ne pas avoir agi avant. On a dit que le système ne fonctionnait pas parce qu'il se bloquait lui-même. On sait par exemple qu'on a eu bien des problèmes avec le contrôle médical parce que la direction des médecins conseil ne voulait pas qu'ils fassent du contrôle. En fait, les partenaires sociaux n'avaient pas la main pour exercer leurs responsabilités. Ce n'est donc vraiment pas une raison pour les leur ôter et pour les transférer au directeur.

Cela étant, il faut clarifier les rôles : si les partenaires doivent prendre davantage la main dans les caisses locales, il est nécessaire de définir des indicateurs. C'est ce que nous demandons.

M. Yves Vérollet : En ce qui concerne le contrôle médical, il y a quand même une bonne nouvelle : c'est que le travail engagé depuis plusieurs années dans les caisses porte ses fruits et que les indemnités journalières sont en diminution.

La loi du 13 août 2004 transfère des pouvoirs à l'assurance maladie tout en transformant les conseils d'administration en conseils d'orientation et de surveillance et en laissant la mise en œuvre à la direction générale. Il est trop tôt pour faire le bilan de cette gouvernance. Avec le transfert à l'UNCAM, le mouvement syndical a pu se demander s'il aurait dû aller jusqu'à gérer complètement le système. Je ne le pense pas car, d'une part, sa légitimité ne me semble pas suffisante, et d'autre part je ne crois pas qu'une majorité se dégagerait en son sein pour décider d'admettre ou de refuser telle ou telle prestation ou pour diminuer ou augmenter le ticket modérateur et les cotisations. Nous pensons donc que le monde syndical ne peut gérer, seul, l'assurance maladie, que le paritarisme pur n'a pas de sens dans ce contexte et que c'est l'ensemble de la société civile qui aurait dû être impliqué, ce que la réforme n'a, hélas, pas fait.

Cela m'amène au rôle des conseils locaux qui doivent, pour reprendre l'expression de M. Guillaume Sarkozy devant le conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), « *suivre comme des chiens* », au jour le jour, l'application de la convention médicale et faire ensuite des propositions qui pourront être mises en œuvre par les directions. Le bilan de la réforme devra être fait ultérieurement, mais, dès à présent, ce rôle d'orientation et de surveillance me paraît important pour les caisses locales.

M. Pierre-Yves Chanu : Il n'y a pas de contradiction à ce que les caisses nationales fixent les orientations et à ce qu'elles soient ensuite déclinées localement. Les conventions d'objectifs et de gestion (COG), bien utilisées, sont de très bons outils pour cela. Pour ce qui est de l'exercice de leurs prérogatives par les conseils avant la réforme, je pense,

comme Mme Danièle Karniewicz, que la confusion des responsabilités ne facilitait certainement pas les choses, mais j’observe que le reproche ne vaut pas pour tous les conseils. Le retour à des élections directes renforcerait les liens entre les conseils et les assurés sociaux et constituerait un puissant levier pour la prise de responsabilités.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Quel sentiment vous inspirent le classement des caisses paru dans la presse et les très grands écarts qu’il révèle? Considérez-vous tous qu’il faille en revenir à l’élection directe des conseils ?

Mme Danièle Karniewicz : Je n’envisage pas le rôle des partenaires sociaux au sein des conseils avec autant de modestie. A condition que leur mandat soit clair, ils sont parfaitement aptes à prendre leurs responsabilités dans la gestion du système. Sans doute, étant donné la multiplicité des acteurs, les choses sont-elles plus compliquées pour l’assurance maladie, mais il n’empêche.

M. Georges Colombier : Les retraités, qui demandent à cor et à cri à être représentés au sein des conseils, constatent que les syndicats ne souhaitent pas. Pourquoi ?

M. Pierre-Yves Chanu : La mode est au *benchmarking*, chacun le sait. Puisque des objectifs ont été fixés, il est juste que chaque branche, en interne, apprécie leur degré de réalisation et les progrès accomplis. A cet égard, si l’on prend l’exemple des URSSAF, on constate, en dépit d’écarts importants, que l’on va dans le bon sens. Mais que la presse se plaise à faire le palmarès des caisses comme elle le fait pour les hôpitaux et les universités me paraît dangereux. Je ne suis pas certain que les journalistes qui se livrent à cet exercice connaissent aussi bien que nous le sujet et le terrain. Pour ce qui est de la participation des assurés sociaux à la gestion des caisses, nos propositions de gouvernance sont indissociables du retour aux élections directes. Mais l’un des dangers auxquels nous sommes confrontés est une opposition croissante entre actifs et retraités, alors que, pour nous, les retraités sont des salariés en position d’inactivité. Nous avons des organisations de retraités, parfois très importantes, et dans les caisses complémentaires, un nombre significatif d’administrateurs sont des retraités, qui doivent pouvoir exercer leurs responsabilités.

Mme Danièle Karniewicz : Si l’on s’engage dans la voie de la représentation des retraités, il faudrait prévoir celle des retraités autonomes, celle des retraités non autonomes et, bientôt, pourquoi pas, celle des femmes enceintes et des hommes chauves... Au-delà de cette formulation volontairement provocante, je considère que l’on ne peut favoriser le corporatisme, sauf à vouloir diviser. On n’y gagnerait ni en efficacité ni en consensus, et ce n’est pas ainsi que l’on vivra mieux ensemble.

M. Georges Colombier : J’ai été syndiqué un quart de siècle à la CGT-FO et je ne suis pas favorable à la division mais je ne comprends pas l’hostilité syndicale à la représentation des retraités, dont le nombre va pourtant croissant.

Mme Danièle Karniewicz : Nous sommes confrontés au problème inverse avec la caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA), en cours de création, au conseil de laquelle ne sont représentés ni les financeurs ni les partenaires sociaux, si bien que l’on va se casser la figure. D’une manière générale, on a déjà multiplié les interlocuteurs. Peut-on croire que les choses seront vraiment plus simples si, de surcroît, on favorise le corporatisme ?

Dans un autre domaine, nous sommes favorables aux comparaisons à condition qu’elles soient fondées sur des critères intelligents, intelligibles et rigoureux, destinés à permettre une meilleure gestion des caisses et non des classements par la presse.

Enfin, nous avons toujours été favorables à un système électif.

M. Jean-Louis Deroussen : Les moyens de chaque caisse étant différents comme sont différentes les populations assujetties, leur classement est aussi ridicule et dénué de sens que l'est celui des lycées. Il n'y a rien à redire, en revanche, au fait de fixer des objectifs et d'évaluer leur degré de réalisation. Pour ce qui est des élections, nous sommes favorables au retour au système en vigueur avant 1983. S'agissant des retraités, ils ont toute leur place au sein des organisations syndicales et ils siègent dans nombre d'instances d'anciens salariés où ils expriment leur point de vue.

M. Pierre Morange, coprésident : Quelles orientations les prochaines COG devraient-elles retenir s'agissant de la mobilité des personnels, de la gestion des ressources humaines, de l'outil informatique, de la mutualisation des services ou de la politique d'achats ?

M. Yves Vérollet : Nous ne sommes pas favorables à des élections directes, mais à ce que les élections au sein des branches professionnelles déterminent la représentativité des organisations syndicales, qui induit elle-même la désignation des administrateurs représentant ces organisations au sein des conseils des caisses. Ce lien est nécessaire. Pour ce qui est de l'assurance maladie, la politique de santé relevant de l'État, une double légitimité – le législateur d'une part, les représentants des assurés sociaux d'autre part – n'est pas judicieuse. S'agissant de la transparence, mieux la communication des caisses sera faite, plus intéressantes seront les informations parues dans la presse. Seulement, la communication avec les journalistes date d'un siècle, et ils ont tendance à privilégier ce qui est croustillant... Sur un autre plan, nous aimerions que, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) et des COG et sous le contrôle du Parlement, les directeurs administratifs des branches de la sécurité sociale puissent gérer plus librement leur politique d'emploi et de rémunération. Cela éviterait sans nul doute des conflits locaux, qui se multiplient.

M. Pierre Morange, coprésident : Le principe de la mobilité géographique ne vous choque pas ?

M. Yves Vérollet : Si des redéploiements sont rendus possibles par les gains de productivité eux-mêmes permis par les progrès techniques, il faut, dans le cadre financier fixé, donner davantage de liberté aux gestionnaires des caisses, faute de quoi il y aura des blocages et des conflits sociaux sérieux.

M. Franck Urbaniak : Le classement des caisses est actuellement sans intérêt puisque, comme l'a souligné la Cour des comptes, aucune liste de critères d'évaluation pertinents n'a été établie. Elle doit être définie après discussion au niveau des conseils de branche. A ce sujet, nous sommes plus attachés aux critères qualitatifs qu'aux critères quantitatifs et nous saluons le travail des caisses qui recherchent la certification, car l'évaluation des caisses ne peut porter uniquement sur le temps de travail. Ce qui compte, c'est le service rendu à l'usager, car la durée de liquidation d'un dossier n'est pas la même selon qu'il s'agit, par exemple, de maladie ou d'accident du travail. De plus, on ne peut évaluer pareillement une plate-forme téléphonique, qui traite les dossiers les plus simples et où il est facile d'améliorer la productivité, et une caisse où aboutissent les dossiers les plus compliqués. L'évaluation doit être fondée sur le service rendu, et il devient bien difficile d'évaluer quelque gain de productivité que ce soit lorsque des missions nouvelles sont confiées aux caisses en cours de COG. S'agissant des élections, elles n'auraient d'intérêt que si les pouvoirs de gestion des conseils d'administration des caisses et les responsabilités que l'on entend leur confier étaient redéfinis. Pour l'heure, elles ne se justifient pas.

M. Georges Colombier : Il y a quand même un problème de représentativité !

M. Franck Urbaniak : Je ne suis pas opposé à une certaine présence de la société civile au sein des conseils d'administration des caisses mais c'est précisément la question de la représentativité qui suscite ma réticence. Le Gouvernement paye d'ailleurs chèrement, en termes de gestion, le fait d'avoir fait entrer des associations au sein du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). Le préalable à toute réorganisation des conseils, ce sont des garanties sur la légitimité de certaines associations déclarant représenter la société civile ; actuellement, elles manquent.

M. Pierre Morange, coprésident : Comment parvenir à la mobilité géographique ? Quels objectifs fixer à la gestion des ressources humaines ?

M. Franck Urbaniak : Si une réorganisation a lieu, la politique de gestion des ressources humaines devra être pilotée et cadrée au niveau national, sans quoi on n'arrivera à rien. Ensuite, la discussion au niveau local suppose des marges de manœuvre, qu'il s'agisse de moyens de formation ou de politique salariale.

M. Jean-Louis Deroussen : S'agissant des COG, la tendance actuelle, qui est de dire que l'on ne remplacera qu'un salarié partant à la retraite sur deux, met les personnels mal à l'aise. On ne peut demander des prestations de qualité si le manque de personnel est patent. Or, on vise avant tout à réduire un effectif par ailleurs composé de titulaires d'un Bac+2 rémunérés au SMIC et sommés d'appliquer une législation et une réglementation démesurées. Sait-on qu'un agent doit connaître 18 000 règles de droit, règles qui, en outre, changent tout le temps ? Imagine-t-on la complexité nouvelle induite par le système du médecin traitant ? Malgré cela, on demande au personnel une qualité irréprochable. Si l'on accepte le principe de la mutualisation, on sous-entend que l'on accepte du même coup une certaine mobilité. Mais si l'on veut la qualité, on ne peut commencer par réduire les moyens.

Mme Danièle Karniewicz : Les indicateurs de qualité de service et de productivité se sont améliorés au fil des COG successives. Le personnel de la sécurité sociale se caractérise par un très grand professionnalisme et par un souci très élevé du service rendu en dépit de la faible souplesse du système de rémunération. Malgré la convention collective unique, la mobilité interbranches est très faible et les comités de carrière gèrent plus le flux que le stock ; autrement dit, on attend un départ pour faire une promotion. Une plus grande souplesse est nécessaire, qui passe par l'utilisation des outils plus modernes de gestion du personnel que sont la prime de résultat et l'intéressement, pour rendre les rémunérations plus attractives. En l'état, on a bien du mal à retenir les compétences les plus pointues, attirées par le secteur privé.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : A-t-on une idée du nombre de certifications obtenues par les caisses ou en passe de l'être ?

Mme Danièle Karniewicz : Je suis incapable de répondre à cette question.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Il nous serait utile que vous nous transmettiez vos suggestions de simplifications législatives et réglementaires.

Mme Danièle Karniewicz : Nous le ferons, bien sûr. Sur le plan général, je doute que l'on se rende bien compte de ce que représente l'application des décrets relatifs à la réforme des retraites. Le législateur doit s'attacher à rendre progressivement les textes immédiatement applicables, sans que des juristes doivent être consultés pour interprétation.

M. Pierre Morange, coprésident : Mesdames, Messieurs, je vous remercie.

Audition de M. Bernard Caron, directeur du groupe propositions et actions protection sociale du Mouvement des entreprises de France (MEDEF), de M. Jean-François Veysset, vice-président de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME), chargé des affaires sociales, et de Mme Dany Bourdeaux, présidente de la commission sociale de l'Union professionnelle artisanale (UPA)

M. Pierre Morange, coprésident : Nous avons le plaisir d'accueillir les organisations patronales représentées aux conseils d'administration des branches de la sécurité sociale. Je souhaite la bienvenue à M. Bernard Caron, à M. Jean-François Veysset et à Mme Dany Bourdeaux.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Dans le cadre de son analyse de l'organisation et du coût de gestion des branches de la sécurité sociale, notre mission a souhaité vous interroger sur les moyens d'améliorer le service rendu aux assurés tout en augmentant la productivité de chaque branche, vous demander si des évolutions sont nécessaires et possibles et connaître votre opinion sur le maillage territorial des caisses, figé depuis 1945.

M. Bernard Caron : Je n'ai pas de vérité définitive sur ces affaires compliquées mais je constate que, comme vous l'avez souligné, le dispositif date de 1945 et que, lorsque des évolutions ont eu lieu, elles se sont faites selon la méthode qui, trop souvent, caractérise notre pays : on accumule des strates sans revoir la cohérence d'ensemble du dispositif. En l'espèce, on a constitué un millefeuille sans se préoccuper ni de transparence ni d'efficacité. Cela dit, il faut aborder la question par branche, car leurs situations sont diverses. A titre personnel, j'ai le sentiment que les organismes sont très professionnels. Ils ont fait la preuve de leur capacité à gérer un traitement de masse qui n'a rien d'évident sans qu'au cours des années écoulées ne se soit jamais produit un bogue majeur, et le service est rendu très convenablement, qu'il s'agisse du recouvrement des cotisations et contributions sociales ou de la liquidation des prestations.

Mais les choses s'apprécient différemment si l'on considère le rapport entre coût et service rendu. En ce domaine, le seul indicateur est celui des coûts de gestion, qui varient de 20 %, 30 %, voire 100 % selon les caisses sans que l'on trouve toujours d'explications à ces différences. Le dispositif repose sur un système informatique très complexe mais il arrive que l'on privilégie le traitement de données par rapport à la fiabilité de la collecte. Par ailleurs, à chaque fois que des sommes, parfois pharamineuses, sont consacrées aux investissements informatiques, on se trouve incapable d'en mesurer la rentabilité car nos camarades salariés vérifient que ces investissements ne se traduiront par aucune suppression de postes. De ce fait, les organismes sont conduits à accomplir des missions qui ne figuraient pas au nombre de leurs missions initiales et réorientent leurs activités au-delà du raisonnable. C'est le cas de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et c'est aussi celui des caisses d'allocations familiales (CAF), devenues des caisses d'action sociale. Il est donc de plus en plus difficile d'évaluer les coûts de gestion à mesure qu'augmentent la confusion et l'ambiguïté des missions. Une clarification s'impose.

M. Jean-François Veysset : Pourquoi ce qui a été fait pour l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNEDIC) ou avec le rapprochement de l'Association générale des institutions de retraites des cadres (AGIRC) et de l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (ARRCO) ne pourrait-il être envisagé pour la gestion des caisses de la sécurité sociale, branche par branche ? Mais cela suppose de recenser les locaux, les personnes, les métiers et les emplois concernés par la gestion de l'assurance maladie. La difficulté tient à ce que l'on a mené séparément des actions qui

auraient dû être conduites de manière concomitante, par exemple en dissociant informatique et questions d'organisation ou d'offre de soins.

Je me suis rendu dans plusieurs caisses pour constater comment elles fonctionnaient et, en particulier, pour comprendre comment les mêmes personnes pouvaient assurer l'accueil du public et le traitement des dossiers. J'ai constaté que cela posait certains problèmes mais que, dans tel département où l'on compte neuf caisses, on pourrait descendre à trois, tandis que dans tel autre où il en existe deux ou trois, on pourrait passer à une. La priorité, comme dans n'importe quelle entreprise, doit être donnée à l'optimisation de la gestion, sous peine de ne pouvoir faire face aux défis. Rien ne justifiant que les budgets publics ne bénéficient pas de la même attention que les budgets privés, nous souhaitons, dans le respect des personnes mais avec une vision prospective, faire bouger les choses. Au vu des résistances qui se sont manifestées dès que nous avons voulu prendre des rendez-vous pour visiter les caisses, nous savons que ce sera long, et malaisé pour le législateur. Les réformes ne pourront se faire que très progressivement, au rythme auquel les personnels consentiront à aller de l'avant.

Mme Dany Bourdeaux : Nous sommes d'avis qu'il faut regrouper certaines institutions et que la région est le niveau pertinent. Mais l'on pourrait déjà beaucoup améliorer la logistique et les politiques d'achats par une mutualisation qui réduirait les coûts de gestion des caisses les plus petites. Pour autant, la qualité du service rendu suppose que l'on veille à maintenir un service de proximité, qui ne doit pas disparaître au motif qu'il faudrait faire des économies. Le rapprochement en cours des caisses de l'artisanat et du commerce au sein du régime social des travailleurs indépendants (RSI), exercice qui consiste à passer de trois caisses départementales à une seule, ne se fait pas sans difficultés, mais nous nous sommes engagés à le conduire dans le respect des personnes. Notre objectif est bien de réaliser des économies de gestion tout en maintenant la qualité du service rendu.

M. Pierre Morange, coprésident : La convergence entre les branches qui s'opère au sein du RSI et qui caractérise aussi la mutualité sociale agricole (MSA) vous semble-t-elle envisageable pour le régime général, dont les structures sont plus lourdes ?

M. Bernard Caron : Votre rapporteur a rappelé que le réseau est celui de 1945, tel que modifié en 1967. Il convient à présent de distinguer le service de proximité des fonctions de gestion administrative, pour lesquelles il n'y a aucun besoin de démultiplication. On peut très bien concevoir un dispositif régional constitué d'une caisse et de comptoirs. D'ailleurs, tout le monde est d'accord sur le principe. Pourtant, on ne le fait pas, alors que c'est faisable, si ce n'est que l'assurance maladie a pour particularité extravagante un embrouillamini total de compétences, qui impose une redéfinition pour éviter des superpositions malvenues. Nous pensons que l'on peut redéployer le réseau du régime général en maintenant la spécificité des branches et le service de proximité et en regroupant les services fonctionnels.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Pourquoi vos propositions ne reçoivent-elles pas un accord unanime ?

M. Bernard Caron : Pour les raisons que j'ai dites : il n'est jamais question de redéployer, mais toujours d'empiler des strates, alors que ce devrait être l'impératif de départ. Ne vient-on pas de créer l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) ? S'il n'y a pas obligation de redéploiement, tout continuera sur la même lancée.

M. Pierre Morange, coprésident : Préconisez-vous la création de guichets interbranches ?

M. Jean-François Veysset : Il faudrait définir ce que doivent être les cœurs de métier. Si, au lieu de dériver sans cesse en affectant mission sur mission à certains organismes sans même s'interroger pour savoir s'il ne serait pas plus judicieux de les externaliser, on s'en tenait, pour chaque branche, à son cœur de métier, ce serait déjà un grand progrès. Que l'on se rende compte de l'extrême diversité des missions allouées aux caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), très éloignées de l'assurance maladie et de la prévention ! Une remise en question objective est indispensable, mais les corporatismes seront autant de foyers de résistance. Des missions plus précises doivent être confiées à des équipes fortes et réduites. Or la tendance est, pour n'oublier personne, à la multiplication d'instances consultatives où une place telle est faite aux élus et aux représentants de la société civile qu'il n'y en a plus pour ceux qui ont un savoir-faire réel. Alors on met l'organisme en sommeil, puis on en crée un nouveau. Le problème de gouvernance est réel.

Mme Dany Bourdeaux : En tant que simple usager, on ne peut qu'appeler cette simplification de ses vœux. Elle a d'ailleurs commencé pour le recouvrement. Mais quand je vois que dans certains départements il y a deux caisses primaires et trois unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), je me dis que nous ne sommes pas au bout de nos peines.

Je vois bien, avec le RSI, que cela n'est pas facile. Il y faut de la volonté et du courage. J'espère que nous en aurons tous assez pour nous atteler à la tâche dans le régime général.

M. Laurent Wauquiez : Vous soulignez les pesanteurs auxquelles on se heurte pour rationaliser l'organisation territoriale. Il semble, en effet, bien difficile de secouer la machine. Mais la solution est-elle vraiment de procéder à une régionalisation pure et dure, en transférant toutes les compétences et au risque de rencontrer de forts corporatismes ? Ainsi, si on supprime les caisses départementales, on va se heurter à tous les élus, y compris à ceux - moi le premier - qui prônent une rationalisation des moyens. La meilleure solution ne serait-elle pas, par conséquent, de rationaliser en créant des pôles de compétences et en les rattachant à telle ou telle caisse ? En contournant de la sorte les corporatismes, ne regagnerait-on pas ce qu'on perdrait en termes de pilotage national ?

Je souhaiterais par ailleurs connaître votre avis sur ce qu'apportent tous les procédés de dématérialisation. J'ai constaté, sur le terrain, les énormes efforts qui étaient faits pour revoir l'ensemble du traitement des dossiers. En mesurez-vous les effets en termes de gestion ? Encouragez-vous ces efforts, ou considérez-vous qu'il s'agit plutôt de gadgets et qu'on traite les dossiers dématérialisés comme sont traités les dossiers papier ?

M. Bernard Caron : S'agissant de la mutualisation des compétences, la grande question est de savoir si on raisonne branche par branche ou interbranches. Il existe déjà un organisme, l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UNCANSS), qui gère de façon centralisée les 180 000 employés de la sécurité sociale, avec une seule convention collective. Cela dit, parler dans ce cas de gestion semble un peu osé, puisqu'on est dans un système dit « attaqué », où on peut toujours faire plus, jamais moins, et en aucun cas redéployer... L'UNCANSS est donc, en fait, un instrument de blocage, et c'est pourquoi nous l'avons quittée, car nous nous y trouvions face à des partenaires qui voulaient bien discuter mais jamais céder. La gestion du personnel dans le secteur public est devenue un problème majeur, pas seulement à la sécurité sociale !

Pour le reste, nous ne sommes pas opposés à ce qu'on envisage des maisons de l'administration, comme il y a des maisons de l'emploi, où on mutualiserait tous les services de proximité. Mais nous ne sommes pas trop ambitieux pour l'instant, notre mission se limite

à rechercher une rationalisation propre à chaque branche, conformément à la construction actuelle.

M. Laurent Wauquiez : En fait, je me situais dans la logique de branche et je me demandais simplement si on ne pourrait pas mutualiser à l'échelle régionale, au lieu que chaque caisse ait son petit service juridique, son petit service des marchés, sa petite centrale téléphonique. Il faudrait toutefois prendre garde à ne pas tout concentrer dans la capitale régionale.

M. Bernard Caron : Nous n'avons aucune réserve vis-à-vis d'une telle démarche, qui rejoint même nos préconisations. Si on veut éviter les blocages, mieux vaut redistribuer les compétences afin que nul n'ait le sentiment d'être sacrifié.

S'agissant de la dématérialisation, la situation est très variable selon les branches. Il est certain que nous allons vers la dématérialisation, mais à quel rythme ? Il y a quand même trente ans qu'on parle du « bureau sans papier », or si tout le monde a maintenant un ordinateur dans son bureau, jamais on n'a eu autant de papiers. La dématérialisation est bénéfique en tant qu'outil de travail et en termes de connaissances. Les choses ne sont pas aussi évidentes en ce qui concerne la simplification. Certes, on ne va pas revenir à la plume et à l'encrier, mais ce sont la détermination et la cohérence qui font défaut. Quand on a créé la carte SESAM-Vitale, on n'a même pas dit qu'elle était obligatoire, et la moitié des dossiers est encore aujourd'hui sous la forme papier. De même, qui se soucie de l'organisation administrative du nouveau parcours de soins ? Comme souvent, on prend les décisions d'abord et on fait les études d'impact ensuite.

M. Laurent Wauquiez : Mes questions étaient un peu plus précises : constatez-vous que la dématérialisation entraîne des économies ?

M. Bernard Caron : Non !

M. Laurent Wauquiez : C'est anormal.

Dans les caisses qui la mettent en œuvre, y a-t-il, en amont, une réflexion sur le procédé ?

M. Jean-François Veysset : Pour le dossier UNEDIC-ASSEDIC, nous n'obtenons pas le retour sur investissement attendu dans le délai prévu. Mais cela nous permet toutefois de contenir les effectifs, notamment là où la réduction du temps de travail faisait craindre qu'ils ne progressent trop.

Mais tout est en fait dans le concept de la rationalisation. À l'association de gestion du fonds d'assurance formation des petites et moyennes entreprises (AGEFOS-PME), organisme national ayant vocation à être décliné en réseau dans le tissu régional, nous avons dans un premier temps créé dans chaque région une antenne disposant des pleins pouvoirs. Nous en sommes revenus parce qu'il nous paraît plus efficace de regrouper un certain nombre de régions. Bien sûr, nous laissons dans chaque département une antenne au contact des personnes les mieux à même de conduire des partenariats, mais la partie logistique et administrative de plusieurs régions est regroupée, ce qui permet de consacrer les effectifs aux contacts directs avec les entreprises et leurs salariés.

S'agissant de l'assurance maladie, la difficulté tient au fait que le patient a besoin d'un interlocuteur capable de lui répondre sur son propre dossier. Avec la dématérialisation, on a fait des progrès énormes quand tout va bien, mais dès que ça coince, c'est épouvantable

car nous manquons non seulement des personnes ressources mais aussi des concepts pour retrouver une efficacité quand il n'y a pas de retour papier.

Il ne faut donc pas s'étonner que certains pôles se soient appropriés les nouvelles technologies de l'information et de la communication, alors que certains autres sont en échec. C'est d'ailleurs l'impossibilité de se mettre d'accord sur un système unifié qui bloque la signature de la convention État-UNEDIC-ANPE. Et cela pose bien évidemment le problème de la future carte SESAM-Vitale, dont il faudra être certain qu'elle permette bien d'identifier celui qui l'utilise, car elle ouvrira tous les droits.

Dans ces conditions, on mesure la difficulté à laquelle vous êtes confrontés quand vous vous demandez comment peser sur les budgets de fonctionnement.

M. Pierre Morange, coprésident : On a évoqué les problèmes liés à la dispersion des fonctions assurées par les différentes branches. Même si chacun est compétent dans son propre corps de métier, force est de constater que l'efficacité n'est pas toujours au rendez-vous. Pourriez-vous expliquer plus précisément à quels blocages vous êtes confrontés ? Sont-ils d'ordre psychologique ou culturel ? Viennent-ils des partenaires sociaux et plus précisément de salariés ?

M. Bernard Caron : Ils se cumulent tous ! Dans nos systèmes de protection sociale, peu ou prou en ruines, personne ne se pose la question des ressources. On part du postulat qu'elles sont illimitées. On ne se dit jamais que ce qu'on paie pour les coûts de gestion vient en moins pour les prestations. Certains considèrent même que plus on dépense, mieux c'est pour l'utilisateur. Avec une telle logique, parvenir à l'équilibre tiendrait du miracle. La nôtre est tout bonnement inverse, simplement parce que nous considérons qu'on ne peut pas dépenser la même somme deux fois, en gestion et en prestations. J'ajoute que dans les rares cas où nous sommes parvenus à un équilibre entre ceux qui bénéficient des prestations et ceux qui en assurent le service, nos camarades salariés ont toujours donné la primeur aux fournisseurs - qui leur causent plus de tracas - plutôt qu'aux bénéficiaires. Il y a bien en France un décalage entre la sphère privée, qui ferme si elle ne fait pas de bénéfice, et la sphère publique, qui est d'autant plus contente qu'elle dépense plus. L'état de notre protection sociale est bien tel qu'on l'imagine, mais on a du mal à ramener les gens à la réalité, surtout quand elle est déplaisante.

M. Pierre Morange, coprésident : La dématérialisation vous paraît-elle pouvoir aider à débloquer la situation ?

M. Bernard Caron : C'est une tendance historique à laquelle on n'échappe pas, mais il n'est pas évident de la mettre à profit pour mener à bien le nécessaire redéploiement de notre système.

En matière informatique, on nous propose toujours des solutions formidables, mais moi je demande simplement à quoi ça sert, combien ça coûte, et dans combien de temps ça sera fini. Le plus souvent, ça sert à tout et à bien davantage que ce qu'on a demandé, mais on nous explique que c'est dans la machine et qu'il serait idiot de ne pas l'utiliser, sans se préoccuper d'éventuels débordements ultérieurs. Pour le prix, on part toujours de 100 pour finir à 200. Et pour le délai, il y a toujours un dépassement d'au moins 20 à 30 %. Quant au retour sur investissement, il est toujours incertain, parce qu'on ne fonctionne pas à périmètre égal et parce qu'on a ajouté des fonctionnalités. Mais l'efficacité des systèmes informatiques suppose avant tout que les utilisateurs se les approprient. Or, à la CNAMTS, on nous a fait voter un budget informatique considérable pour Médicis, le système informatique des médecins contrôleurs, avant de nous en proposer un nouveau, cinq ans plus tard, parce que

les médecins n'utilisaient pas le premier. C'est pourquoi nous préconisons que ces systèmes soient conçus avec les utilisateurs.

Vous comprendrez, dans ces conditions, que je sois bien incapable d'identifier les gains de productivité qui peuvent résulter de la dématérialisation.

M. Pierre Morange, coprésident : Comment envisagez-vous l'évolution du contrôle médical pour en améliorer l'efficacité ?

M. Bernard Caron : Nous changeons de registre pour basculer dans l'assurance maladie...

Quand la collectivité s'engage massivement pour répondre à la demande légitime de prestations de la majorité de la population, il est logique qu'elle édite un « mode d'emploi ». On essaie de le faire pour l'assurance-chômage, avec ce qu'on appelle, de façon horrible, le contrôle des chômeurs, et pour l'assurance maladie, avec le contrôle médical. C'est dans la logique des choses : on ne peut pas avoir des systèmes collectifs aussi lourds et aussi généreux qui paient, de surcroît, à guichets ouverts.

S'agissant du contrôle médical de la CNAMTS, j'ai tout entendu et je n'ai toujours pas compris quel était son axe majeur, entre la prévention, la statistique, la gestion administrative des arrêts de travail courts ou longs et des affections de longue durée. Comme les médecins contrôleurs ne peuvent pas tout faire, ils devraient concentrer leurs interventions sur les arrêts de travail, dont on sait qu'ils sont parfois distribués avec générosité, et sur les affections de longue durée qui constituent aujourd'hui le poste majeur de dépenses. Ces sujets sont traités par la réforme, mais je ne sais pas comment les choses se passent de façon objective et opérationnelle. Les médecins contrôleurs font de leur mieux, mais ce qui leur manque, c'est un éclairage et une définition claire de leurs objectifs et de leurs missions, puisqu'en matière de contrôle médical chacun fait ce qu'il veut, d'autant qu'il n'est même pas sous la responsabilité du directeur général.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Vous, employeurs, qui êtes en ligne directe avec la branche recouvrement, pensez-vous qu'il serait possible de restructurer les URSSAF ? On pourrait envisager de conserver des antennes locales, en prise sur les bassins d'emploi, mais de diminuer le nombre de caisses, dans la mesure où de nombreuses opérations sont désormais effectuées par l'Internet.

M. Jean-François Veysset : Vous abordez un autre sujet, celui de l'optimisation des ressources. Le taux de recouvrement a progressé, il est élevé et il sera difficile de l'améliorer. Mais il faut bien voir que si on oblige l'URSSAF à gérer, sans compensation, des allègements assis sur des assiettes différentes, on complique singulièrement sa mission. Si on veut être plus efficace et plus économe, il faut d'abord arrêter de diversifier les assiettes. Or, on envisage encore d'asseoir la taxe professionnelle sur une nouvelle forme de TVA... Tout le monde s'y perd !

Ce qui nous préoccupe, comme vous, c'est de mettre un terme aux excès les plus graves. On observe en effet un grand nombre de divergences, et pas seulement entre les territoires : ce qui est couvert ici ne l'est pas ailleurs, ce qui est toléré là ne l'est pas ici... Il faudrait que vous soyez à l'origine d'une évaluation et d'une autorité retrouvée sur l'ensemble du système.

Mme Dany Bourdeaux : Les fusions sont un sujet sensible. Je l'ai bien vu avec le RSI : alors que nous cherchions à simplifier la vie des artisans, nous nous sommes trouvés

confrontés non seulement aux salariés, mais aussi aux directeurs et aux administrateurs des caisses, dont le souci premier n'était d'améliorer ni le sort des artisans ni le fonctionnement des caisses. Faute d'un accord entre l'assurance maladie, qui gérait les indemnités journalières, et l'assurance retraite, qui gérait la partie invalidité-incapacité, certains artisans sont restés des mois sans rien toucher. Quand on parle de simplification, d'économies de gestion, en fait chacun défend son pré carré.

Enfin, s'agissant du financement, j'observe qu'on parle beaucoup d'allègements, mais pas du tout de la compensation par l'État, qu'on ne voit jamais arriver.

M. Pierre Morange, coprésident : La question est traitée dans le projet de loi organique sur les lois de financement de la sécurité sociale qui devrait être prochainement adoptée.

M. Caron nous dira pour finir quelles réflexions inspire au MEDEF son retour au conseil d'administration de l'assurance maladie.

M. Bernard Caron : Nous sommes revenus il y a six mois parce que la priorité a – enfin ! – été donnée à la gestion du risque. Nous sommes des contributeurs forts, et nous voulons savoir où passe notre argent. Le dispositif gagnera en qualité et en rendement si on sait être réaliste. Or, nous sommes convaincus qu'il y a beaucoup à faire, dans de très nombreux domaines et sous toutes les rubriques, pour améliorer la gestion du risque. Nous siégeons donc à nouveau pour soutenir l'axe majeur de la réforme et aussi parce que l'on a donné un pouvoir réel aux directeurs, désormais responsables de l'équilibre des recettes et des dépenses et donc chargés de prendre des mesures correctrices en cas de dérive. Nous sommes convaincus que cette politique nouvelle donnera des résultats certains d'ici quelques années.

M. Laurent Wauquiez : Au motif que les coûts de gestion ne sont qu'épsilon rapportés aux masses brassées, personne ne s'y intéresse. Pourtant, l'addition de ces sommes, même faibles, finit par compter.

M. Bernard Caron : C'est aussi que l'on s'emploie à privilégier l'intérêt du fournisseur plutôt que celui du client, car le premier a une forte capacité de nuisance.

M. Pierre Morange, coprésident : Madame, Messieurs, je vous remercie.

AUDITIONS DU 16 JUIN 2005

Audition de M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), de M. Hubert Allemand, directeur du service médical de la CNAMTS, et de M. Denis Richard, conseiller technique informatique à la CNAMTS

M. Pierre Morange, coprésident : Avant de commencer nos travaux, je rappelle que la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a, d'ores et déjà, arrêté les thèmes d'étude pour 2006 de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), afin de permettre à la Cour des comptes, qui assiste la MECSS et lui apporte son expertise, de réaliser le travail d'enquête préalable préparatoire aux propres travaux de la Mission.

Ces thèmes sont les suivants : d'une part la tarification à l'activité dans les établissements de santé, d'autre part l'action sociale du régime général de sécurité sociale et l'action sociale des collectivités territoriales. Un courrier sera adressé incessamment à la Cour des comptes à ce propos.

J'en viens à la présente audition, au cours de laquelle nous avons le plaisir d'accueillir à nouveau M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), que nous avons déjà auditionné le 31 mars dernier, ainsi que M. Hubert Allemand, directeur du service médical de la CNAMTS, et M. Denis Richard, conseiller technique informatique à la CNAMTS. Messieurs, je vous souhaite la bienvenue.

Avant de laisser la parole au rapporteur, je rappelle que les informations demandées aux personnes auditionnées par la MECSS doivent lui être transmises dans les délais fixés.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Notre étude des coûts de gestion des branches de la sécurité sociale approche de son terme et nous souhaitons donc aborder un certain nombre de sujets qui n'avaient pu être traités complètement lors de la précédente audition.

Pouvez-vous tout d'abord nous dire où vous en êtes des négociations relatives à la convention d'objectifs et de gestion de l'assurance maladie ? Allez-vous établir des indicateurs plus pertinents ? Couvrira-t-elle tout le champ de l'assurance maladie, y compris le service médical ? Nous voulons aussi revenir sur l'informatique, compte tenu du rapport d'audit, d'octobre 2004, de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF), sur les dépenses informatiques de la CNAMTS, que nous avons maintenant reçu. Nous aimerions par ailleurs que M. Hubert Allemand nous en dise davantage sur le management du service médical. Enfin, nous souhaiterions connaître vos propositions et savoir comment vous envisagez la gouvernance de l'assurance maladie, en particulier au niveau régional.

M. Frédéric Van Roekeghem : La convention d'objectifs et de gestion (COG) couvrira une nouvelle période de quatre ans, de 2006 à 2009. Je vous rappelle que la précédente est arrivée à son terme à la fin de 2003 et qu'elle a été reconduite pour deux ans par un avenant, afin d'assurer la continuité du fonctionnement de l'assurance maladie tout en tenant compte de l'intervention à venir de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il est nécessaire, désormais, de réexaminer les conditions de fonctionnement pour tenir compte de l'extension des missions de l'assurance maladie. Nous en sommes donc à la

préparation de la future COG, en liaison avec le conseil de la CNAMTS, qui fixe les orientations pour la négociation que mènera le directeur général.

Nous avons défini une méthode et un calendrier afin de préciser progressivement, au cours de 2005, un cahier des charges qui permettra d'élaborer le projet d'entreprise de l'assurance maladie, dont les relations avec l'État seront traduites dans la COG. Pour cela, les thèmes ont été définis. Il s'agit bien sûr de préciser notre rôle dans l'évolution de la gestion du risque, mission qui nous est explicitement confiée par la loi du 13 août 2004. Le cahier des charges est extrêmement important car il est susceptible de faire évoluer les missions comme l'organisation des branches, en particulier au niveau régional. Le texte fondateur, adopté le 2 juin 2004 par le conseil de la CNAMTS, a fixé les 17 orientations majeures et les 30 objectifs associés qui font l'objet du plan d'action du 6 septembre dernier. Il me paraît utile de vous préciser un certain nombre de ces orientations.

Il s'agit tout d'abord de développer la prévention et l'information de l'assuré, notamment sur les conditions générales de fonctionnement du système et ses règles du jeu, ainsi que sur les caractéristiques de l'offre de soins, locale et nationale ; de faire participer l'assuré à la politique de prévention coordonnée par les pouvoirs publics ; de développer des programmes personnalisés de prévention ainsi que l'accompagnement des patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques ; de lutter contre les inégalités en matière de santé.

S'agissant des professionnels de santé, l'assurance maladie entend : participer à la formation, à l'information professionnelle et au développement de la qualité des soins ; favoriser l'adoption des meilleures pratiques par la formation et le développement des services adaptés aux professionnels ; donner une information régulière sur le cadre réglementaire et les enjeux conventionnels ; favoriser la coordination des soins et l'évaluer, en liaison avec les référentiels que la haute autorité pourra mettre en place.

D'autres orientations, enfin, visent à : définir le périmètre d'intervention de la prise en charge collective ; gérer les droits des assurés en faisant appliquer la réglementation existante ; favoriser les économies sur les soins les moins efficaces ; renforcer l'efficacité du contrôle pour lui donner un rôle pédagogique.

M. Pierre Morange, coprésident : Je me permets de vous interrompre car nous avons bien compris la philosophie qui vous anime. Mais ce que nous aimerions c'est que vous nous donniez un certain nombre d'éléments précis et chiffrés, notamment en ce qui concerne la gestion des ressources humaines et les relations avec les professionnels de santé et avec les assurés.

Avant de vous donner la parole, je salue la présence de M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, et de M. Yves Bur, vice-président de l'Assemblée nationale et rapporteur spécial de la commission des finances pour les lois de financement de la sécurité sociale.

M. Frédéric Van Roekeghem : C'est à partir du cahier des charges, des orientations sanitaires et sociales et du schéma directeur informatique, que nous devons construire le projet d'entreprise. Les orientations doivent être votées par le conseil à la fin du troisième trimestre et c'est sur cette base qu'interviendra, avant la fin de l'année, la négociation financière avec l'État. Vous comprendrez qu'il me soit donc difficile de vous donner aujourd'hui des montants car c'est de la rencontre entre les exigences de l'État et les orientations du conseil que naîtra un équilibre.

Il y a néanmoins des constantes. Il s'agit tout d'abord de réaliser des gains de productivité dans le contexte d'un choc démographique majeur puisque les départs en retraite, pour l'ensemble du réseau, vont passer de 1 600 par an actuellement à 3 200 au cours de la période 2005-2009. L'avenant 2004-2005 à la COG pose le principe du non-remplacement d'un départ sur deux, qui peut être modulé en fonction de la situation des caisses : pour les grandes caisses parisiennes, le taux de remplacement prévu est de 10 %.

Cette évolution va poser la question de la réorganisation de nos métiers. La stratégie que nous allons proposer au conseil sera de continuer à gagner en productivité sur la fonction de production et à redéployer vers la fonction de gestion du risque. En effet, si nous voulons à la fois augmenter la qualité des soins et limiter l'augmentation des dépenses d'assurance maladie, il faut mener une gestion beaucoup plus active, en relation avec les assurés et avec les professionnels de santé. Nous sommes en train d'engager cette politique avec le déploiement des délégués de l'assurance maladie, qui ont réalisé plus de 40 000 visites chez les professionnels de santé pour leur présenter les objectifs de la nouvelle convention médicale, mais aussi les profils individuels.

La COG couvrira bien sûr le champ de l'ensemble des organismes de sécurité sociale : caisses primaires, caisses régionales, service médical, unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM).

M. Pierre Morange, coprésident : Vous nous aviez présenté cette logique lors de votre première audition. Pouvez-vous nous dire quelles en seront les conséquences sur la mobilité des personnels ? Cette politique implique-t-elle une gestion des effectifs plus souple ?

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Dans la mesure où nous devons interrompre cette audition au moment de l'arrivée du ministre, je souhaite que vous répondiez plus directement aux questions du rapporteur. Il vous a en particulier demandé si la COG toucherait le service médical - j'ai cru comprendre que oui - et quels indicateurs vous proposiez pour améliorer le contrôle et la productivité de ce service. Il vous a aussi interrogé sur l'informatique - c'est l'une des raisons de votre retour devant nous aujourd'hui -, ainsi que sur la problématique plus large du contrôle médical.

M. Frédéric Van Rookeghem : Notre stratégie est de nous positionner en tant qu'opérateur de la gestion du risque. Or nous ne pouvons le faire qu'avec l'appui du service médical de l'assurance maladie, qui intervient non seulement en tant que contrôleur, mais aussi en tant que conseiller interne et externe. Par ailleurs, nous ne pouvons nous placer au cœur de la réforme du 13 août 2004, c'est-à-dire la coordination des soins, que si nous sommes en mesure de mieux intégrer dans notre réflexion les soins hospitaliers, ce qui suppose une meilleure coordination entre les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), les unions régionales de caisses d'assurance maladie (URCAM) et les agences régionales de l'hospitalisation (ARH). D'où l'importance de dynamiser le service médical, ce à quoi nous allons nous atteler dans les négociations à venir.

Il sera également nécessaire, en cours de négociation, d'accroître la capacité de mobilité des agents.

Je vais maintenant laisser M. Hubert Allemand vous exposer la politique du contrôle médical.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Nous ne sommes pas dans une séance de l'Assemblée où chacun arrive avec ses présupposés : ce qui nous importe, c'est de pouvoir

exercer le contrôle qui nous incombe. Pour cela, nous n'avons pas besoin d'orientations générales sur la politique du contrôle médical mais de réponses précises sur les indicateurs que vous allez proposer dans la COG.

M. Hubert Allemand : Le management du service médical présente des spécificités puisqu'il s'agit d'un corps d'experts, composé de 2 500 praticiens conseil et de plus de 7 000 agents techniques qui exercent de nombreuses fonctions. Son action essentielle est d'une part de permettre aux assurés sociaux de bénéficier de droits, d'autre part de donner des avis médicaux individuels. Le service en donne 4,5 millions par an, ce qui représente la moitié de l'activité de ses praticiens. Nous avons dans ce domaine des indicateurs extrêmement précis à tenir, qui sont liés à la fois à la demande et à la gestion du système. Ainsi, actuellement, avec l'avènement du médecin traitant, nous traitons un million de nouvelles affections de longue durée (ALD) par an, ce qui ne pose pas de problème, mais la loi du 13 août 2004 nous impose aussi de revoir 5 millions de personnes qui sont déjà en ALD afin d'adapter les protocoles de soins en fonction des nouvelles dispositions. C'est un gros travail, qui nécessiterait la totalité des moyens du service médical pendant un an. Nous réfléchissons donc à un lissage sur deux ou trois ans, en commençant par les patients pour lesquels la révision est la plus urgente en raison de la nécessité de coordination des soins.

Autre champ important, le contrôle des professionnels de santé et les personnes dont la consommation est atypique. Pour cela, nous ciblons au maximum notre activité car le contrôle est « chronophage ». Nous avons pour indicateur de contrôler au moins 1 % des professionnels chaque année. L'an dernier nous avons réussi à en contrôler 1,4 % : ceux chez lesquels nous suspicions des anomalies ou des fraudes. Le résultat est probant puisque plus de la moitié des contrôles conduisent à des contentieux. Ces contrôles sont importants, non pour réguler le système mais pour le moraliser, et il est donc bon de maintenir la pression. Nous intervenons aussi auprès des professionnels pour analyser avec eux le système de soins, afin de corriger d'éventuels écarts, notamment en ce qui concerne les grandes pathologies.

Notre troisième champ d'action est l'organisation du système de soins, essentiellement en lien avec les ARH. Nous donnons en effet des avis sur les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et nous contrôlons les établissements. Nous effectuons notamment des contrôles de conformité. Nous avons ainsi contrôlé l'an dernier 4 600 services hospitaliers, des anomalies étant repérées dans 48 % des cas.

Il nous arrive aussi de mobiliser l'ensemble du service médical pour analyser tel ou tel domaine : chirurgie cardiaque, chirurgie de l'obésité, chimiothérapie, traitement de l'insuffisance rénale chronique.

Chaque médecin-conseil régional passe chaque année un contrat d'engagement avec le directeur du service médical sur des indicateurs extrêmement précis qui couvrent l'ensemble de la maîtrise médicalisée. Ce contrat fixe le nombre de professionnels à contrôler, détermine les grandes études à mener, la planification des soins et comporte une obligation de résultats. Des objectifs sont aussi fixés en ce qui concerne l'accompagnement des professionnels : cette année, nous devons tenir 70 000 entretiens confraternels destinés à développer la maîtrise médicalisée.

Les engagements sont chiffrés par région et par échelon local. Ainsi, chaque praticien-conseil a une feuille de route pour l'année, avec pour cette année l'objectif global de contrôler un tiers des établissements assujettis à la tarification à l'activité.

Je puis donc dire que le contrôle médical fonctionne aujourd'hui sur des indicateurs de moyens et de résultats tout à fait précis.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : On dit parfois qu'il est difficile de recruter des praticiens conseil. Qu'en est-il ? Ils sont aujourd'hui 2 500, qu'accompagnent 7 500 agents techniques. Quel est leur rôle ?

M. Frédéric Van Roekeghem : Si 2 500 postes sont budgétés, nous avons 2 222 praticiens-conseil en activité, assistés d'agents administratifs qui relèvent encore partiellement des CRAM.

Nous devons nous préparer à l'évolution démographique et à la difficulté de recruter des professionnels de santé. Un des objectifs de la négociation qui vient de s'ouvrir sur la nouvelle convention collective spécifique aux médecins-conseil prévue par la loi du 13 août 2004, est de préparer ces évolutions et de dynamiser l'ensemble du corps pour lui permettre de bénéficier à la fois d'une meilleure formation initiale et continue et d'une rémunération plus valorisante.

En raison des difficultés de recrutement, nous avons dû cette année faire un peu de publicité pour le concours. Nous avons à peu près autant de praticiens qui se présentent que de postes à pourvoir. Nous allons sans doute être amenés à modifier la grille des rémunérations et les perspectives de carrière pour tenir compte des évolutions récentes dans le corps des praticiens hospitaliers. Plus globalement, j'ai reçu récemment l'intersyndicale pour engager une réflexion sur l'évolution de l'ensemble du corps, qu'il s'agisse des rémunérations, des conditions d'exercice et de la formation. Nous n'excluons pas de modifier quelque peu le concours, ce qui permettrait aussi de donner plus de visibilité aux affectations. Sans doute conviendrait-il également de relever la limite d'âge, qui est actuellement de 45 ans. Je l'ai dit, ces négociations sont en train de s'ouvrir avec l'UCANSS, en liaison avec la CNAMTS.

Vous avez été rendus destinataires de la répartition des moyens en fonction des différentes missions qui viennent de vous être indiquées. Nous expérimentons dans deux régions une clarification de l'affectation des médecins-conseil à chacune des missions afin de mieux fixer les objectifs, et donc les indicateurs. Nous constatons que le contrôle des prestations et des relations avec les assurés occupe aujourd'hui la moitié des effectifs, soit 1 085 praticiens. Les relations avec les professionnels de santé mobilisent 410 équivalents temps plein, le contrôle contentieux 387, 320 praticiens étant affectés à l'organisation du système de soins et 240 au management.

M. Pierre Morange, coprésident : Le manque de temps nous oblige à passer immédiatement aux dépenses informatiques, notamment à l'écart entre le montant de 2,5 milliards d'euros initialement demandé par la CNAMTS pour la future COG et l'estimation de 1,5 milliard, aux termes du rapport d'audit IGAS-IGF. Mais je crois que notre rapporteur a d'autres questions à vous poser.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : L'informatique actuelle est-elle assez solide pour gérer le nouveau parcours de soins ? Quand débiteront les opérations d'extension de la télétransmission aux établissements hospitaliers ? Quelles précisions pouvez-vous nous apporter sur la mise en place du dossier médical personnel (DMP) ?

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Il n'y a pas que la CNAMTS qui mette un peu de temps à répondre au contrôle parlementaire : nous n'avons reçu qu'au début de ce

mois un rapport du Gouvernement datant d'octobre 2004. Mais la MECSS est de création récente et nous allons peu à peu apprendre à travailler tous ensemble.

J'ai moi aussi quelques questions précises en ce qui concerne l'informatique. Comment expliquez-vous qu'entre juin et septembre 2004 la CNAMTS ait diminué ses estimations de 25 %, soit 300 à 400 millions d'euros ? S'agissant de ce que les rapports – celui de l'IGAS-IGF et celui commandé par la CNAMTS – appellent l'« urbanisation », comment est-il possible de passer de 480 à 85 millions d'euros ? Le chantier de la dématérialisation a, semble-t-il, disparu. Pourquoi ? Pourquoi avez-vous diminué les dépenses orientées vers la relation au client ? Comment se fait-il que la provision pour la carte SESAM-Vitale diminue de 35 % et que l'aide aux professionnels doive être maintenue puisque 60 % des facturations sont toujours manuelles ? Comment est-on passé, pour l'aide à la maîtrise d'ouvrage, de 374 à 49 millions d'euros ?

Il semble que le DMP ne figure pas dans les comptes. Certains parlent toutefois de 500 à 600 millions d'euros, mais ce qui me préoccupe, c'est le coût du *soft*. On estime parfois que 2 000 informaticiens seraient mobilisés pour un coût de 100 millions d'euros par an. Confirmez-vous ce chiffre ?

Le fait que les dépenses informatiques aient été revues à la baisse tient-il à un étalement sur plusieurs années ou à une sous-estimation ? Et l'informatique médicale sera-t-elle à la hauteur de l'ambition affichée avec le DMP ?

Quel sera le coût de l'adaptation des logiciels aux réformes liées à la nouvelle convention médicale ? Sera-t-il par exemple possible de contrôler en temps réel que les médecins ne vont pas au-delà des 30 % de leur activité en dépassement ?

M. Frédéric Van Roekeghem : Il y a quatre grands volets dans les évolutions de l'informatique. Trois ont été pris en compte dans le rapport IGAS-IGF : les opérations de relations techniques de basculement sous Unix, l'urbanisation – qui couvre à la fois la rénovation de l'architecture applicative et l'ouverture des informations vers les partenaires –, l'évolution de SESAM-Vitale. Le volet qui n'est pas compris dans le rapport et qui relève du groupement d'intérêt économique (GIE) de préfiguration, c'est le DMP.

Il y a eu un moment de consolidation de l'ensemble des demandes, où le rapport IGAS-IGF a montré, comme celui commandé par la CNAMTS, qu'un certain nombre d'entre elles avaient été surévaluées pour des montants très importants. Il s'en est suivi un travail très précis d'évaluation poste par poste.

Au cours de la COG antérieure, 1999-2003, le coût des moyens informatiques a été de 1,1 milliard d'euros. L'évaluation de la mission IGAS-IGF, qui n'est pas très éloignée de la position de la CNAMTS durant l'audit, est d'un milliard d'euros, 400 à 500 millions d'euros étant en outre nécessaires pour développer SESAM-Vitale 2 et l'ensemble des actions du GIE SESAM-Vitale. C'est donc une augmentation substantielle des moyens qui est validée par le rapport, certes moins importante que la demande initiale de l'assurance maladie, mais qui représente tout de même 100 millions d'euros par an pendant quatre ans.

M. Pierre Morange, coprésident : Comment expliquez-vous les variations importantes des montants destinés au *soft* et à la maintenance ?

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Même en admettant qu'il y a eu « consolidation des demandes » et que le rapport est assez nuancé, on peut quand même s'étonner que, quand la CNAMTS réfléchit à son informatique, on soit obligé de diligenter

un audit pour obtenir des chiffres fiables, d'autant qu'il ne s'agissait pas de réflexions internes mais de demandes faites à l'État dans le cadre de la COG.

Mais tout cela est du passé. Il nous faut maintenant savoir si votre informatique sera performante et adaptée aux ambitions technologiques du DMP et de la carte SESAM-Vitale sécurisée. Et puis confirmez-vous l'augmentation de 100 millions d'euros par an alors que, dans le récent débat sur la réforme de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS), le ministre a fait état de 20 millions d'euros ?

M. Frédéric Van Roekeghem : 821 millions d'euros, soit la moitié de l'évaluation par la mission IGAS-IGF des besoins pour quatre ans, ont déjà été engagés par l'avenant conventionnel 2004-2005, et il faut donc simplement continuer dans cette voie. Mais, sur 410 millions d'euros budgétés pour un an, nous n'avons consommé aujourd'hui que 266 millions.

Notre principal problème n'est donc pas d'obtenir davantage de crédits mais de faire face aux évolutions liées à la réforme et d'obtenir des résultats. C'est pour cela qu'un audit a été diligenté en interne pour voir comment il était possible d'améliorer l'efficacité de la gestion de l'assurance maladie, notamment en renforçant la maîtrise d'ouvrage et, peut-être, en réorganisant la caisse nationale.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : S'agissant de la maîtrise d'ouvrage, on passe, dans le rapport IGAS-IGF de 374 à 49 millions d'euros.

Mais je vous demande à nouveau d'expliquer le décalage entre les 20 millions d'euros supplémentaires par an annoncé par le ministre lors du débat sur la LOLFSS et les 100 millions dont vous venez de parler.

M. Frédéric Van Roekeghem : De 2000 à 2003, le total des engagements budgétaires a été de 1,141 milliard d'euros. Pour 2004-2005, on a procédé à un renforcement substantiel puisque 821 millions d'euros ont été budgétés. Il faut poursuivre cet effort, mais la négociation avec l'État aura lieu à la fin de l'année. Je ne dis pas qu'il faudra 100 millions d'euros de plus par an mais que cela correspond à la différence entre les montants engagés de 2000 à 2003 et l'évaluation IGAS-IGF et à ce qui a déjà été budgété pour 2004-2005. Si nous nous en tenons aux propositions du rapport IGAS-IGF, nous aurons donc exactement le même budget qu'aujourd'hui et nous bénéficierons même de reports puisque tout n'a pas été engagé en 2004.

M. Denis Richard : L'urbanisation est une technique informatique qui consiste à découper un système par îlots qu'on rénove un par un, ce qui permet d'étaler dans le temps la rénovation de l'ensemble d'une application.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Quelles sont les conséquences sur le service à l'utilisateur ?

M. Denis Richard : Il n'y en a pas si on parvient à donner la priorité à la rénovation des applications qui le concernent.

Jean-Marie Le Guen, coprésident : Dans ce cas, il ne faut pas le faire.

M. Frédéric Van Roekeghem : Le faire permet parfois des économies mais surtout donne une souplesse dans l'évolution qui nous fait aujourd'hui défaut. En effet, nous avons deux systèmes d'application différents, des matériels Bull et IBM, avec des applicatifs qui

fonctionnent dans des systèmes d'exploitation dits propriétaires. La rénovation par le passage sous Unix nous permet d'unifier notre parc, de réduire les coûts, tant des matériels que du développement des logiciels, et de renforcer la sécurité.

Prenons l'exemple de la réforme du médecin traitant. Nous avons mis en place, dans les délais, le forfait de 1 euro et la rémunération du médecin traitant. Mais il y a eu une erreur de date dans le paramétrage du logiciel qui permet d'envoyer aux médecins le récapitulatif de leurs versements. Or cette erreur n'est intervenue que dans un seul des deux systèmes. Elle a été corrigée sans délai, mais il est clair que le fait d'avoir deux systèmes à nettoyer augmente les coûts et que le basculement sous Unix les réduira.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Comment est-on passé d'une estimation de 400 à 85 millions d'euros pour l'urbanisation ? Est-ce une erreur totale de prévision ou un changement d'orientation stratégique, avec quelles conséquences ?

M. Frédéric Van Rookeghem : Je ne souhaite pas revenir sur la gestion antérieure.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Vous parlez de la gestion ou des prévisions ?

M. Frédéric Van Rookeghem : Entre 1,8 et 2,5 milliards d'euros, il y a quand même un écart très important. Désormais, les demandes qui seront adressées à l'État feront l'objet d'une validation personnelle de ma part.

S'agissant de l'urbanisation des applicatifs, nous poursuivons notre stratégie, validée par l'IGAS-IGF, car nous avons besoin d'une organisation logicielle plus souple qui permette par exemple de mettre en relation des bases constituées avec les contrats individuels attachés aux professionnels et de ne pas être obligés, en cas de modification de la réglementation, de retoucher l'ensemble des programmes. Nous allons par ailleurs favoriser le développement de services en ligne afin de pouvoir mieux contrôler le périmètre de soins remboursables. Mais je répète que notre problème n'est pas tant d'accroître notre budget que d'améliorer la consommation des crédits pour atteindre les résultats souhaitables pour déployer la réforme.

M. Pierre Morange, coprésident : Je souhaite qu'afin de nourrir nos recommandations, vous nous adressiez des réponses écrites argumentées qui justifient le changement d'échelle dans vos demandes budgétaires.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Nous pourrions en outre demander à vous revoir si nous ne comprenions pas ces réponses.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Merci de nous faire part également des réflexions de la caisse nationale en ce qui concerne la télétransmission par les établissements de santé et sa montée en charge chez les professionnels de santé.

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous remercie.

**Audition de M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités,
et de M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées,
aux personnes handicapées et à la famille**

M. Pierre Morange, coprésident : Je souhaite la bienvenue à M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, et à M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, ainsi qu'à M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale, qui les accompagne et que la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) a auditionné le 3 mars dernier. Messieurs les ministres, je vous remercie d'avoir répondu favorablement à cette première invitation de la MECSS.

Avant de laisser notre rapporteur vous poser les premières questions et alors que nous approchons de la fin du premier cycle d'auditions, je voudrais rappeler dans quel esprit travaille la MECSS.

Lors de l'examen en deuxième lecture du projet de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, vous avez rappelé, Monsieur le ministre délégué, que 350 milliards d'euros, soit plus d'un cinquième de la richesse nationale, transitent chaque année par les comptes de la sécurité sociale et qu'il est essentiel que le Parlement ait une vision claire du circuit de ces sommes et fixe les priorités pour qu'elles soient employées à bon escient. Vous rappeliez ainsi l'esprit de la réforme.

C'est aussi l'esprit qui anime les membres de la MECSS, et c'est dans cette logique qu'elle conduit ses travaux. Le contrôle parlementaire sur les finances sociales est légitime et nécessaire. Il correspond à une exigence démocratique. La MECSS entend développer la culture du contrôle et de l'évaluation dans ce secteur essentiel pour l'équilibre économique et social de notre pays.

Les responsables des administrations et des organismes de sécurité sociale doivent s'habituer à rendre régulièrement des comptes à la représentation nationale, en toute transparence. C'est notamment pour cette raison, que la MECSS a souhaité entendre à nouveau, juste avant vous, le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

La MECSS entend être un acteur qui compte. Elle bénéficie de l'expertise de la Cour des comptes avec laquelle une collaboration, déjà fructueuse, a été engagée. La MECSS exercera un contrôle continu et assurera, de manière très précise, le suivi de la mise en œuvre de ses préconisations.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Nos travaux arrivent à leur terme et nous sommes heureux de vous accueillir ce matin, Messieurs les ministres.

Nous avons constaté une complexité croissante de la législation et de la réglementation sociales, source d'un accroissement des coûts de gestion. Nous aimerions donc que vous nous fassiez part de vos idées sur d'éventuels gisements de simplification.

Par ailleurs, la gestion par les partenaires sociaux a été, depuis 1945, un fondement du système. Quel jugement portez-vous sur l'exercice de la démocratie sociale, en particulier à l'échelon local ? Ne pensez-vous pas que la gestion du risque serait mieux assurée au niveau régional ? Et comment rendre plus lisibles les relations entre les caisses et les citoyens-usagers ?

Nous avons également constaté que l'organisation était trop cloisonnée, entre la tête de réseau et les organismes de base comme entre les branches. Pensez-vous possible de modifier la structure des caisses, peut-être en s'inspirant du modèle de la Mutualité sociale agricole (MSA), qui paraît plus lisible ?

Enfin, je vous propose que nous parlions de l'informatique, qui est au cœur de la gestion des branches.

M. Xavier Bertrand : Nous sommes heureux de pouvoir aujourd'hui répondre à vos questions sur l'organisation et la gestion des branches de la sécurité sociale. Cette dernière est au centre des préoccupations des parlementaires et vous savez que, dans mes fonctions antérieures, à l'occasion des réformes des retraites et de l'assurance maladie comme de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) et lors de l'examen des projets des lois de financement de la sécurité sociale (PLFSS), j'ai toujours eu la volonté d'aller au fond du débat avec vous.

La sécurité sociale est au cœur des préoccupations des Français. Par l'importance des prestations, par la protection qu'elle leur apporte, mais aussi par l'ampleur des sommes qu'elle met en jeu - 350 milliards d'euros, plus d'un cinquième de la richesse nationale -, elle est un élément déterminant de notre modèle social. Il est donc essentiel que le Parlement veille à l'utilisation de ces fonds et à la bonne gestion des organismes qui sont chargés de les collecter et de les répartir.

L'occasion nous est donnée aujourd'hui de voir avec vous comment améliorer encore la gestion de la sécurité sociale, mais aussi de dire un certain nombre de choses qui ne sont pas forcément connues de tous. Elle doit être l'un des tout premiers, sinon le premier, de nos services publics. La sécurité sociale doit être exemplaire, par le service qu'elle rend aux Français comme par sa gestion, qui est celle du patrimoine commun de nos concitoyens. Sa raison d'être est d'instaurer une solidarité qui permette à tous de faire face à la maladie et à la vieillesse et d'élever leurs enfants dans les meilleures conditions. Cet objectif simple recouvre des missions en complète évolution, qui nécessitent une adaptation constante des différentes branches de la sécurité sociale.

Le temps n'est plus où les caisses pouvaient se donner pour unique objectif d'assurer le service rapide de prestations. Dans le domaine de l'assurance maladie, par exemple, la gestion des risques est de plus en plus essentielle pour favoriser la prévention, améliorer la qualité des soins ou assurer le meilleur emploi des dépenses. Cette nouvelle exigence requiert une connaissance plus précise des besoins des assurés sociaux. Elle implique de la part des différents organismes un effort permanent d'adaptation.

Tout en faisant évoluer ses missions, la sécurité sociale a pleinement conscience de la nécessité d'améliorer constamment la qualité de ses prestations et l'efficacité de ses processus. Dans le mouvement de modernisation de nos services publics, elle a souvent joué, ces dix dernières années, le rôle de précurseur. Je pense en particulier à la démarche contractuelle que les conventions d'objectifs et de gestion (COG) ont instaurée, dès 1996, entre l'État et les caisses de sécurité sociale. Clarté dans la fixation des objectifs, exigence de résultats, pratique constante de l'évaluation sont de longue date des réalités bien ancrées, même si vous avez en la matière de nouvelles exigences. A partir d'une négociation au niveau national, les conventions sont déclinées au niveau local et diffusent dans l'ensemble des réseaux une exigence de résultats. Cette démarche sera approfondie et élargie avec les programmes de qualité et d'efficacité créés par la loi organique que l'Assemblée nationale vient d'adopter en deuxième lecture. Elle a déjà permis de réels progrès, qui sont l'aboutissement du travail et de la mobilisation de tous les employés des différentes

branches. Progrès d'abord dans la qualité du service. La deuxième édition du baromètre BVA montre que 85 % des usagers sont satisfaits des caisses de sécurité sociale. C'est le score le plus élevé de tous les services publics. Les indicateurs du délai de réponse sont également en constante amélioration puisque le délai de remboursement par l'assurance maladie est passé depuis 2002 de 23,5 à 15,9 jours. Progrès aussi dans la maîtrise des coûts de gestion. Les caisses d'allocations familiales peuvent ainsi faire face au transfert des prestations familiales des 500 000 fonctionnaires non enseignants sans accroître leurs effectifs.

S'agissant des coûts de gestion, je veux tordre le cou à de fausses idées. Le rapport du total des dépenses de gestion et des prestations servies est de 4,13 %, ce qui reste très en dessous des coûts d'un certain nombre d'établissements à caractère privé. Vis-à-vis du secteur public, la comparaison est également favorable. Les cotisations sociales ont un coût de recouvrement inférieur à celui des cotisations fiscales : 0,4 % contre 1,6 %.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Il me semble utile de vous préciser que la MECSS ne fonctionne pas comme une commission permanente qui auditionne un ministre et que, pour exercer correctement sa fonction de contrôle, elle privilégie le dialogue direct, sous forme de questions-réponses.

M. Philippe Bas : Je serai donc bref.

Je suis persuadé que nos contacts sont nécessaires et qu'ils doivent être fréquents, car le regard que vous portez sur la gestion de la sécurité sociale nous est indispensable. M. Xavier Bertrand et moi-même sommes à votre disposition pour fournir toutes les informations et pour avoir tous les échanges nécessaires à votre travail. Nous serons, bien sûr, attentifs à vos conclusions.

La sécurité sociale n'a pas découvert aujourd'hui les exigences de performance, de productivité et de qualité du service, puisque c'est dès 1996 que le système des COG a été institué. Et je rends hommage au dévouement et à la qualité des personnels qui ont su s'adapter à leurs nouvelles missions et à de nouvelles méthodes.

Naturellement, des marges de progression subsistent, aussi bien en matière de qualité de service que d'efficacité de l'organisation des réseaux et de maîtrise des coûts de gestion. Elles doivent être exploitées au maximum.

La nécessité de maîtriser les coûts de gestion est d'autant plus impérieuse que la sécurité sociale connaît une situation financière tendue. L'effort de redressement engagé avec les réformes structurelles des retraites et de l'assurance maladie passe également par la maîtrise des coûts de gestion, même si les enjeux financiers ne sont pas comparables.

Il faut donc poursuivre les gains de productivité. C'est pourquoi nous mettons en œuvre une nouvelle génération de COG, avec l'objectif d'obtenir des gains de 2 à 3 % par an pour les caisses de tous les réseaux.

Les relations entre les caisses, les usagers et les professionnels vont évoluer, notamment avec la télétransmission des feuilles de soins ou des déclarations annuelles de données sociales. Cette évolution va également toucher l'organisation interne des caisses, avec la lecture automatisée des documents et leur gestion électronique.

M. Pierre Morange, coprésident : Je me permets de vous interrompre car nous avons, nous aussi, un souci de productivité de nos auditions et je vous rappelle donc que

le rapporteur vous a précisément interrogé à propos de la télétransmission. Nous savons qu'elle monte en charge et que 70 % des dossiers en font désormais l'objet, mais quels sont, pour les 30 % restants, vos objectifs pour la médecine de ville comme pour les établissements de soins ? Quels moyens comptez-vous engager pour atteindre un objectif de 100 % ? Et selon quel calendrier ?

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Avant même d'en venir à la télétransmission, je voulais insister sur le fait que l'État ne saurait se contenter de bonnes paroles sur le contrôle parlementaire. En effet, alors que nous travaillons depuis le mois de janvier sur ce sujet, c'est par la presse que nous avons appris l'existence du rapport d'audit de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) sur les dépenses informatiques de la CNAMTS qui a été remis au Gouvernement au mois d'octobre 2004. Nous en avons officiellement demandé communication en avril et nous l'avons obtenu il y a dix jours seulement. Pensez-vous vraiment que les relations entre le Gouvernement et le Parlement puissent fonctionner dans ces conditions ? Avez-vous des explications à nous donner ?

M. Xavier Bertrand : Vous l'aviez demandé au mois d'avril, mais ce que je constate, c'est que vous l'avez eu trois jours après ma prise de fonctions. Je n'ai pas d'autres commentaires...

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Je reviens à ma question sur d'éventuels gisements de simplification de la réglementation sociale, car tous nos interlocuteurs ont été frappés par la complexité du système.

Quel jugement portez-vous sur l'organisation actuelle du système, entre antennes de proximité, caisses primaires, caisses régionales et caisse nationale ? La gestion du risque ne serait-elle pas mieux assurée à un seul de ces niveaux ? Comment rendre le système plus lisible et replacer l'assuré en son centre alors qu'il se sent un peu perdu ? Ces questions viennent de nos observations sur le terrain.

M. Philippe Bas : La complexité de la législation sociale est réelle, mais elle répond aussi à la nécessité de prendre en compte la diversité des situations individuelles et il convient donc d'être prudent.

Cela étant, nous sommes tout à fait prêts à simplifier tout ce qui peut l'être. C'est ce qui a été fait pour les prestations familiales avec la création de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) qui, en regroupant plusieurs prestations antérieures, permettra également d'économiser, en régime de croisière, six millions d'euros de frais de gestion.

Pour réussir la simplification des différents régimes, nous avons déjà lancé une étude d'impact. Sur cette base, nous consulterons les caisses. Enfin, nous mesurerons systématiquement les coûts qu'entraîne la complexité, afin que la simplification ait un impact positif sur les dépenses des régimes.

Vous nous avez interrogé sur la pertinence du niveau régional pour la gestion du risque et, plus généralement, sur le fonctionnement de notre démocratie sociale. Ce système, mis en place à la Libération, a connu des évolutions, notamment avec l'affirmation du rôle du Parlement grâce au vote, chaque année, de la loi de financement de la sécurité sociale, qui induit une modification de la répartition des rôles entre les acteurs. La réforme de 2004 poursuit dans cette voie.

Il existe déjà, au niveau régional, les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) qui sont chargées des programmes de définition de la gestion du risque. Nous mettons aussi en place, dans le cadre de la réforme, des missions régionales de santé qui vont fixer un programme annuel de gestion du risque, améliorer la coordination des soins, déterminer des orientations pour la répartition territoriale des professionnels de santé, faire des propositions pour l'organisation du dispositif de permanence des soins. Elles préfigurent ainsi les futures agences régionales de santé au sein desquelles les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les URCAM sont appelées à fusionner.

M. Xavier Bertrand : Le jugement que je porte sur la démocratie sociale au niveau local est très favorable. Dans la réforme de l'assurance maladie, nous avons souhaité à la fois la préserver et renforcer la place des usagers dans les caisses locales, car elle s'exprime aussi à ce niveau et pas seulement dans les négociations nationales avec les partenaires sociaux.

Nous avons aussi souhaité – et vous le savez puisque nous avons associé les rapporteurs des deux Assemblées à la préparation des textes réglementaires – créer un deuxième poste de vice-président dans les caisses primaires, afin de renforcer le dialogue.

Vous le voyez, nous sommes attachés à ce dialogue social qui fait aussi partie de l'héritage de la sécurité sociale que nous devons faire fructifier. Mais je n'ai pas le sentiment que des voies dissonantes se fassent entendre en la matière.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Peut-être celle de M. Yves Bur, qui souhaite vous interroger à ce propos ?

M. Yves Bur : Il y aurait beaucoup à dire sur la démocratie sociale, et le *statu quo* ne paraît pas vraiment se justifier, quand on voit comment elle fonctionne. Êtes-vous décidés à optimiser la hiérarchie de la chaîne de management de l'ensemble de la sécurité sociale, comme vous l'avez fait pour les caisses territoriales avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) ? En clair, je souhaite que le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) puisse nommer les directeurs des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et les tenir sous son autorité hiérarchique, ce qui permettrait d'éviter des dysfonctionnements comme ceux qu'on a connus dans mon département.

Ne faudrait-il pas, par ailleurs, être plus ambitieux en matière de simplification ? La création d'une commission qui en serait spécifiquement chargée ne donnerait-elle pas un signe fort de notre volonté politique ?

Enfin, puisque nous en sommes à 70 % de télétransmission, le temps n'est-il pas venu, dans la négociation conventionnelle, d'obliger tous les praticiens conventionnés à télétransmettre ?

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : S'agissant toujours de la démocratie sociale, nous avons essayé de distinguer dans nos travaux ce qui relevait d'une part de cette dernière, d'autre part du service de proximité à l'utilisateur. Pensez-vous que le découpage actuel des différentes caisses soit trop ou pas assez éloigné du terrain ? Le Gouvernement a-t-il l'intention de le maintenir ou d'aller vers une organisation plus régionale, ou au contraire plus locale ?

M. Xavier Bertrand : Vous connaissez la nature des relations entre l'État et l'assurance maladie dans le cadre des COG. Il y aura prochainement de nouvelles négociations, et l'État, s'il entend assumer toutes ses responsabilités, ne souhaite pas se

substituer aux partenaires sociaux. Certaines procédures sont engagées, notamment celle de la mutualisation dans de nombreux départements.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Je ne parlais ni des moyens ni de la gestion, mais simplement de la démocratie sociale.

M. Xavier Bertrand : Dans ce cadre, il appartient bien aux acteurs sociaux qui ont en charge l'assurance maladie de porter ces questions de redécoupage. Sur le terrain, les regroupements ne sont jamais faciles. À chaque fois, il faut apporter des garanties sur les services aux usagers. Il faut aussi bien mesurer l'impact d'une éventuelle régionalisation car, même si les réponses téléphoniques sont désormais plus nombreuses que celles fournies aux guichets, on a toujours besoin de la proximité. J'ajoute que chaque fois qu'on veut faire bouger les choses, les personnels comme les élus locaux ont besoin de garanties.

Nous suivons avec intérêt vos travaux, mais n'oublions pas qu'une réforme ambitieuse de l'assurance maladie a été engagée l'an dernier, qui entraînera des économies de gestion qui trouveront leur traduction dans la prochaine COG. J'ignore si certains d'entre vous veulent déjà aller au-delà, mais notre tableau de marche est clair : il y a la loi, les décrets d'application et les aspects conventionnels, dont nous allons reparler puisque la télétransmission ne relève pas de notre responsabilité directe.

M. Pierre Morange, coprésident : Je redis que nous souhaitons avoir des réponses précises à nos questions précises. S'agissant notamment de la télétransmission, avez-vous l'intention de parvenir aux 100 % en la rendant obligatoire, avec un calendrier précis et contraignant ?

M. Xavier Bertrand : Il faut bien évidemment aller au-delà des 70 %. C'est ma conviction, mais je répète que cela relève des négociations conventionnelles qui doivent intervenir. Je pense qu'aujourd'hui les marges de progression de la télétransmission se trouvent peut-être moins chez les médecins que chez certains professionnels paramédicaux, infirmières et kinésithérapeutes notamment. Il y a aussi des questions particulières liées aux actes en série, et des difficultés pratiques pour les actes à domicile. Les négociations qui se dérouleront, d'ici la fin de l'année, permettront de progresser avec l'ensemble de ces professions. J'ajoute que les questions du dossier médical personnel et de l'informatisation ne peuvent être occultées.

M. Pierre Morange, coprésident : Nous souhaitons également que vous nous fassiez part de vos réflexions sur l'écart entre les différentes prévisions relatives au plan informatique de la CNAMTS, ainsi que sur la possibilité, pour les services de proximité, d'aller vers un guichet unique sur le modèle de la Mutualité sociale agricole (MSA).

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Le Parlement a adopté l'idée de faire figurer la photographie sur la carte SESAM-Vitale. Cela suppose que cette carte soit individuelle et non pas familiale. Est-ce bien le choix du Gouvernement ? Il semble que le ministère de l'intérieur ait des réticences assez fortes à ce propos s'il n'a pas un contrôle direct sur ces opérations. Pourrions-nous avoir communication des échanges entre les deux ministères ?

M. Philippe Bas : Actuellement, la principale production du système d'assurance maladie est d'assurer les remboursements de soins dans les délais les plus brefs et avec le maximum de fiabilité. Cet objectif doit continuer d'être poursuivi, mais la montée en puissance de la gestion du risque implique une évolution en profondeur des systèmes informatiques. La première évaluation réalisée par la CNAMTS, fin 2003, était de

2,6 milliards d'euros. Le ministère a commandé un rapport d'audit à l'IGAS et à l'IGF pour mieux apprécier les besoins informatiques de la CNAMTS, valider ses choix et confirmer les coûts. Les travaux de la mission ont confirmé la nécessité d'une refonte des architectures techniques et fonctionnelles des systèmes informatiques, mais elle a ramené l'évaluation du coût à 1,6 milliard d'euros. Sur cette somme, 800 millions ont déjà été budgétés dans un avenant à la COG en cours. La nouvelle demande de la CNAMTS porte donc sur les 800 millions restants ; elle sera discutée au deuxième semestre dans le cadre de la préparation de la nouvelle COG.

Faut-il appliquer à l'ensemble des branches le modèle de la MSA ? Je ne puis vous faire une réponse systématique. Il est vrai que l'efficacité du réseau peut passer exceptionnellement, ici ou là, par des regroupements de caisses. Mais si l'on fait primer l'amélioration de la qualité des services rendus à l'utilisateur, il faut prendre en considération le fait que les branches gèrent des prestations de nature très différente, qui n'ont rien à voir entre elles, qui s'adressent à des publics distincts, dont les besoins, les âges et les attentes varient. Ce n'est ainsi évidemment pas au même âge de la vie qu'on sollicite des prestations familiales et des prestations de retraite. Compte tenu de leurs spécificités, de leurs modes de gestion, de leurs systèmes de production et de liquidation, le rapprochement des caisses de branches différentes n'améliorerait pas en soi la qualité du service et ne permettrait pas à coup sûr des économies de gestion. L'amélioration de la qualité du service passe plutôt par une professionnalisation plus grande. Par ailleurs, les informatiques sont nationales, par branche, et il y a donc peu de gains à obtenir en regroupant des caisses qui ont des métiers différents.

Pour autant, des rapprochements sont concevables quand ils sont justifiés. C'est le cas avec la création du régime social des indépendants (RSI) par le regroupement de la CANAM (assurance maladie), de la CANCAVA (assurance vieillesse des artisans) et de l'ORGANIC (assurance vieillesse des commerçants). Nous le mettrons en place avec M. Xavier Bertrand et M. Renaud Dutreil le 29 juin prochain. Autre exemple de rapprochement de caisses de réseaux différents pour des prestations qui ont un lien entre elles : l'instruction commune des dossiers de revenu minimum d'insertion (RMI) et de couverture maladie universelle (CMU) qui y sont liés par les caisses d'allocations familiales (CAF).

M. Xavier Bertrand : Je puis vous montrer le prototype de la carte SESAM-Vitale avec photographie. Il s'agit bien d'une priorité d'action du Gouvernement, M. Yves Bur le sait bien, lui qui porte depuis longtemps l'idée que la personnalisation de la carte est indispensable. Mais il ne s'agira pas d'une carte d'identité de santé, et il n'y a donc pas de divergences d'appréciation avec le ministère de l'Intérieur. Il existe déjà un certain nombre de titres de transport qui portent une photographie sans que cela ait jamais posé la moindre difficulté.

La carte personnalisée, qui restera bien une carte SESAM-Vitale, a vocation à être individuelle, à partir de 16 ans. Elle sera ensuite une clef d'entrée dans le dossier médical personnel et évoluera encore techniquement, ultérieurement, notamment pour intégrer des données biométriques. Cette carte permettra de responsabiliser l'ensemble des acteurs. La photographie permettra de faire reculer le nombre des utilisations abusives et frauduleuses.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Nous connaissons les avantages et les inconvénients de la carte SESAM-Vitale avec photographie.

M. Xavier Bertrand : Quels inconvénients ?

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Ne revenons pas sur un débat politique qui a déjà eu lieu. Le principe est posé et ce qui me préoccupe maintenant, c'est sa mise en oeuvre pratique. Je souhaite donc savoir qui mettra la photo sur la carte. Si la sécurité sociale doit s'acquitter de cette tâche, la future COG couvrira-t-elle le coût de la convocation de chacun des 45 millions de Français concernés ?

Pouvez-vous par ailleurs confirmer l'abandon de toute idée d'intelligence embarquée dans la carte SESAM-Vitale 2 ? Si tel est le cas, l'entrée dans la logique du dossier médical personnel (DMP) ne sera pas possible et une étape ultérieure sera donc nécessaire.

M. Xavier Bertrand : Je le répète, il m'est impossible de préciser ce que sera la future COG.

S'agissant de SESAM-Vitale 2, il est évident que ce sont les acteurs de l'assurance maladie qui procéderont à cette opération.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Mais la décision de faire figurer telle ou telle information sur la carte dépend-elle du ministère ou de la bonne volonté de la CNAMTS et de ses partenaires ?

M. Xavier Bertrand : Je pensais qu'il pourrait vous intéresser que je réponde à votre question précédente.

C'est bien l'assurance maladie qui apposera les photographies, mais nous avons besoin de toutes les garanties de sécurité, et nous voyons avec elle quel est le meilleur moyen de procéder, étant entendu que nous analyserons aussi les coûts. Le rapport IGAS-IGF proposait plusieurs pistes. Il y avait notamment la possibilité de prendre la photo numérique dans les caisses, mais cela semble difficile à effectuer pour 48,3 millions d'assurés sociaux. Il serait aussi possible que les assurés adressent une photo exploitable avec une photocopie de leur carte d'identité. Le choix n'est pas encore arrêté mais cela ne change rien au calendrier.

M. Georges Colombier : Je regrette que, pour une fois que nous avons un interlocuteur qui répond directement à nos questions, contrairement d'ailleurs à l'audition précédente, on l'interrompe à tout bout de champ.

M. Pierre Morange, coprésident : Je vous propose de poursuivre le dialogue sous la forme de questions et de réponses.

M. Xavier Bertrand : La concertation avec l'assurance maladie se poursuit dans le cadre de la COG. J'ignore les réponses que vous a apportées le directeur de la CNAMTS sur l'apposition de la photo, mais vous pouvez être assurés de la détermination du Gouvernement.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Je ne sais toujours pas si les Français devront ou non se rendre dans les caisses, et il ne me semble pas qu'en insistant sur ce point je sorte de mon rôle de président pour me livrer à du harcèlement parlementaire. Sans doute avons-nous tous à progresser sur la manière dont nous nous approprions un contrôle, mais il me paraît difficile de nous contenter de faire acte de foi.

M. Xavier Bertrand : Il n'y a jamais à mes yeux de harcèlement parlementaire, et le Gouvernement est à votre disposition pour répondre à vos questions.

Je n'ai pas dit que les Français seraient obligés d'aller dans les caisses, mais qu'il y avait différentes pistes de travail, avec des incidences variables sur le coût de l'opération. On pourrait imaginer, sans mener une opération à grande échelle, qu'une personne qui se rendrait pour une autre raison dans une caisse en profiterait pour faire prendre sa photographie. Mais les modalités relèvent de l'assurance maladie ; elles seront précisées dans la COG, qui fera l'objet d'une concertation.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Pourrions-nous avoir communication par écrit des différents scénarii envisagés et de leurs coûts ?

M. Xavier Bertrand : L'UNCAM va aussi proposer des solutions, j'ignore si vous l'avez interrogée.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Je souhaite revenir sur l'informatisation et sur les objectifs des caisses dans la COG à venir. J'aimerais en particulier que vous nous parliez du DMP et de la façon dont vous envisagez son déploiement. Je crois pour ma part qu'il faut une montée en charge rapide. Pouvez-vous nous indiquer les moyens financiers qui seront engagés dans les mois à venir ?

M. Xavier Bertrand : On l'a dit, je n'ai pas pour habitude de pratiquer la langue de bois. Le coût du DMP dépendra du cahier des charges qui sera élaboré dans moins d'un mois par le groupement d'intérêt public (GIP). Je puis dire que, par rapport au chiffre qui avait été avancé à une époque, plus nous avançons, plus le DMP se simplifie. Pour nous, le 1^{er} juillet 2007 marquera la première étape, avec deux aspects prioritaires. Le premier est la lutte contre la iatrogénie. Le DMP nous permettra de diminuer les hospitalisations liées à des abus de médicaments ; il y en a actuellement 128 000 par an. Le second objectif est de combattre les redondances. Aujourd'hui, 15 % des examens médicaux sont réalisés en double, pour un coût estimé par la CNAMTS entre 1 et 1,5 milliard d'euros par an.

Après l'élaboration du cahier des charges, le mois prochain, nous choisirons, au plus tard à la rentrée 2005, des sites pilotes pour montrer aux Français ce qu'est un dossier médical personnel et ce qu'il apporte à la qualité des soins. Car, je le redis, l'objectif premier du DMP n'est pas de réaliser des économies, mais d'améliorer la qualité et la coordination des soins, sachant que ce qui est bon pour le patient sera bon pour l'assurance maladie. Nous procéderons ensuite, au printemps 2006, à la première évaluation de ces sites pilotes pour arrêter le mode de diffusion sur l'ensemble du territoire. Certains voulaient une construction gigantesque qui ne répondait ni aux besoins ni aux attentes. Pour notre part nous avons fait le choix de la simplicité, et nous accordons le plus grand prix à ce que les professionnels et surtout les patients trouvent dans le DMP toutes les réponses à leurs questions. Nous aurons, début juillet, un nouveau séminaire de travail, sur le modèle de ce qui avait été organisé par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Personne ne sera oublié, et nous aurons à cœur d'associer les parlementaires intéressés, car le maître mot est pour nous la transparence. Pour faire les meilleurs choix, le regard des parlementaires nous intéresse au plus haut point. Ce séminaire permettra de valider, avant le cahier des charges définitif, le mode de fonctionnement et les garanties apportées. C'est à partir des pratiques médicales existantes dans les établissements et dans les cabinets déjà informatisés que nous développerons, de façon plus pragmatique et plus efficace, le dossier médical personnel. Nous procédons actuellement à une évaluation très fine de ces nombreuses expériences.

M. Jean-Marie Le Guen, coprésident : Un certain nombre de personnes, en particulier les associations de patients, semblent hostiles au « web-docteur ». Incitez-vous néanmoins l'UNCAM à continuer dans cette voie ?

M. Xavier Bertrand : L'UNCAM a toute latitude de poursuivre le travail qu'elle estime utile, mais vous me permettez de rappeler que le « web-docteur » et le DMP n'ont rien à voir, car ce dernier n'est pas un progrès technologique mais médical. Si tous les nouveaux outils informatiques doivent être au rendez-vous de la médecine de demain, tous ceux qui les mettent en avant doivent prendre en considération l'exigence prioritaire de sécuriser et de rassurer les utilisateurs. Nous y attachons une importance particulière car, je le dis souvent, le rendez-vous à ne pas manquer est celui des patients et des usagers. Si ces derniers ont des inquiétudes quant au « web-docteur », je demanderai aux responsables de l'assurance maladie de répondre à toutes les questions.

Les enquêtes d'opinion montrent que les Français adhèrent au principe du DMP, nous souhaitons que son fonctionnement emporte également leur adhésion.

M. Yves Bur : S'agissant toujours du DMP, il est bon de rappeler que ce ne sont pas les aspects financiers mais la qualité, la sécurité et l'optimisation du parcours de santé qui priment.

Pouvez-vous nous dire si la date que vous avez citée du 1^{er} juillet 2007 est celle à laquelle on commencera à généraliser le DMP ou si cette généralisation devra alors être achevée ?

Quand on voit par ailleurs qu'il faut souvent prolonger les expérimentations comme pour la tarification à l'activité, ne pensez-vous pas que le calendrier prévu est un peu ambitieux si ce n'est utopique ?

M. Xavier Bertrand : Nous y aurons en fait travaillé depuis plus d'un an, et il ne s'agira pas d'une création *ex nihilo* puisque nous partirons des bonnes pratiques d'aujourd'hui. Ainsi, un grand nombre de cabinets médicaux ont déjà recours à l'informatique. S'agissant en particulier de la tarification à l'activité, il importe de s'assurer sur le terrain, dans la pratique quotidienne, que les résultats sont conformes à ce que nous avons souhaité. Cela passe par la concertation avec l'ensemble des acteurs, sans laquelle le DMP ne peut être construit.

M. Yves Bur : Il s'agira donc bien un dossier très simple au départ et appelé à s'enrichir. C'est un long chemin sur lequel vous vous engagez.

M. Xavier Bertrand : En effet. Un certain nombre de pays étrangers se sont aussi engagés dans cette voie, mais ils n'ont pas voulu faire aussi simple que nous. Je rappelle que nos objectifs prioritaires sont de lutter contre la iatrogénie et les redondances. Il y a aussi ce lien particulier entre le patient et son médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste. N'oublions pas que le patron du DMP, c'est le patient, avec pour entrée la fameuse carte SESAM-Vitale avec photo.

M. Pierre Morange, coprésident : Souhaitez-vous mettre en oeuvre immédiatement le DMP sans aucune restriction, ou le réserver d'abord à la population la plus demandeuse de soins ?

M. Xavier Bertrand : Je serai plus à l'aise pour vous répondre après le séminaire qui aura lieu prochainement sur ce sujet, car il s'agit d'une des questions que je veux faire valider par ceux qui y participeront. À titre personnel, je suis convaincu que nous sommes tous demandeurs de soins.

M. Georges Colombier : En ce qui concerne la convention d'objectifs et de gestion de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) pour la période 2005-2008, je veux vous faire part de l'inquiétude des présidents et directeurs de CAF, en particulier dans l'Isère, quant aux difficultés rencontrées dans les discussions entre la CNAF et l'État sur les crédits du fonds national d'action sociale. Si ce fonds était revu à la baisse, cela poserait de graves problèmes pour respecter les engagements pris envers les collectivités locales et les familles à propos de la gestion de crèches.

M. Philippe Bas : La discussion de la convention d'objectifs et de gestion avec la CNAF n'a pas pu aboutir en raison d'une différence d'appréciation sur les moyens nécessaires pour que nos engagements puissent être tenus, notamment pour les crèches. La volonté du Gouvernement est de les respecter intégralement. Nous avons donc, dès mon entrée en fonction, repris les discussions avec la CNAF afin d'arriver à une conclusion rapide. S'ajoute à cela l'engagement du Premier ministre, dans sa déclaration de politique générale, de mettre l'accent sur la petite enfance avec le lancement d'un nouveau plan de construction de 15 000 places de crèches. Il s'inscrira dans l'évolution du fonctionnement de la branche famille qui a déjà, dans la période récente, pris en charge le service des prestations familiales des fonctionnaires, assuré jusqu'alors par 1 000 agents. La CNAF, par l'utilisation judicieuse de ses moyens humains et techniques, a réussi à assumer ces 500 000 nouveaux allocataires dans des conditions tout à fait satisfaisantes.

M. Pierre Morange, coprésident : Il nous reste simplement à vous remercier, Messieurs les ministres, et à vous indiquer que nous nous permettrons de vous adresser un questionnaire complémentaire sur les sujets que nous avons pas eu le temps d'aborder aujourd'hui.

M. Xavier Bertrand : Nous sommes très attachés à ce type d'échanges directs qui permettent d'apporter des réponses aussi précises que possible, et nous sommes à votre disposition pour revenir quand vous le souhaiterez devant votre mission.

La sécurité sociale, l'assurance maladie sont des biens communs, que n'ont pas en partage le seul Gouvernement et le seul Parlement. Nous avons bien compris les attentes que vous manifestez pour une protection sociale efficace, et ce message est aussi très présent à l'esprit de l'ensemble des gestionnaires de la sécurité sociale, notamment des personnels de l'assurance maladie, qui font, au quotidien, un travail tourné vers les destinataires de la protection sociale. C'est ensemble que nous continuerons à avancer.

ANNEXE 4

DÉPLACEMENTS DE LA MISSION

Déplacement à Paris, le 21 avril 2005

Visite du Centre d'assurance maladie Lyon-Bercy de la Caisse primaire d'assurance maladie de Paris (CPAM) :

- Mme Dominique Toucinho, chef de centre :
 - présentation des activités de production ;
 - relations internationales ;
 - prise en charge de populations particulières.
- Mme Brigitte Loubet, chef du service couverture maladie universelle (CMU) :
 - population couverte ;
 - conditions d'accès ;
 - crédit d'impôt.
- Mme Isabelle Lesage, responsable de la fonction accueil :
 - présentation de la plate-forme téléphonique.

Déplacement à Rennes, le 24 mai 2005

Visite de la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) de Bretagne :

- Réunion avec MM. Donald Goldie, directeur, Gilbert Dupont, directeur-adjoint chargé de la retraite, Hervé Goby, directeur-adjoint chargé de l'action sanitaire et sociale, et Thierry Balannec, ingénieur-conseil régional adjoint pour les risques professionnels.
- Réunion avec MM. Donald Goldie, directeur de la CRAM de Bretagne, Alain Piton, directeur de la CPAM de Rennes, Jacques Gautier, président du conseil de la CRAM de Bretagne, et Louis Gérard, président du conseil de la CPAM de Rennes.

Visite de la Caisse primaire d'assurance maladie de Rennes :

- Réunion avec Mme Lysiane Ergand, agent comptable, Mme Catherine Vincent et M. Daniel Esnault, directeurs-adjoints :
 - coûts de gestion, performance, qualité du service et pistes de simplification.

N 2680 - Rapport d'information de M. Jean-Pierre Door déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale