

Les COG, un mécanisme vieillissant, des ambitions à réévaluer (2^{ème} partie)

Par **Xavier BONNET**, Agent de direction en détachement auprès d'une institution de contrôle et de certification des comptes.



Xavier BONNET est agent de direction. Après sa sortie de l'EN3S en 1999, il a exercé des fonctions de direction dans des organismes de recouvrement et d'assurance maladie. Depuis 2012, il est auditeur auprès d'une administration de contrôle et de certification des comptes. Il a récemment publié un ouvrage aux presses de l'EHESP, *L'usager et le monde hospitalier* (2014) en collaboration avec François PONCHON. Il collabore depuis 2003 à la section sécurité sociale de l'ouvrage collectif *Les fiches pratiques santé* aux éditions WEKA.

La contractualisation, par la négociation qu'elle suppose, permet aux acteurs de fixer dans un cadre partenarial les orientations stratégiques et les évolutions attendues à moyen terme. La démarche objectifs-résultats appliquée à la sécurité sociale ajoute une dimension pluriannuelle à la définition partagée d'objectifs pour les branches et les régimes.

Dans un contexte où la recherche d'économies est pressante pas uniquement sur les coûts de gestion mais aussi et surtout sur le risque, il est légitime de poser la question de la capacité de cette démarche à atteindre les objectifs d'efficience accrue. En d'autres termes, les COG sont-elles en capacité de porter des restructurations de fond impliquant des réductions de coûts drastiques dans un contexte de finances publiques durablement dégradées ?

I- Des déficits réguliers et importants sur le risque

La France est un des seuls pays européens à tolérer des déficits sur la dépense courante que constituent les prestations de sécurité sociale. Comme le rappelle la Cour des comptes en introduction de son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour l'année 2014, « *les déficits de la sécurité sociale ont commencé à se réduire [...] mais le rythme de rééquilibrage de ses comptes est plus faible qu'attendu et reste systématiquement en-deçà des objectifs visés, alors que, dans le même temps, aucun de nos grands voisins n'accepte un déficit durable de sa protection sociale* ». Si, dans cet ensemble, la part représentée par les dépenses de gestion est modeste, elle apparaît une source d'économies sous-estimée. Les efforts d'économie de la sphère publique inscrits dans le programme de stabilité s'établissent, pour les dépenses de gestion de la sécurité sociale, à 1,25 milliards d'euros jusqu'en 2017¹ soit un peu plus de 6 % des 20 Md€ d'économies globales prévues sur l'ensemble des dépenses.

I-1/ Le contexte : des déficits structurels sur les dépenses de sécurité sociale

Malgré les contraintes d'économie affichées, la réduction des déficits est plus lente que prévue comme l'indique le tableau page suivante.

1 Plan détaillé de réformes structurelles, Premier ministre, 19 février 2015, page 9.

Tableau 1 : déficits des régimes obligatoires de base et du FSV de 2007 à 2013

<i>En milliards d'euros</i>	Résultat 2007	Résultat 2008	Résultat 2009	Résultat 2010	Résultat 2011	Résultat 2012	Résultat 2013
Maladie	- 4,6	- 4,4	- 10,6	- 11,6	- 8,6	- 5,9	- 6,8
AT-MP	- 0,5	0,2	- 0,7	- 0,7	- 0,2	- 0,2	0,6
Famille	0,2	- 0,3	- 1,8	- 2,7	- 2,6	- 2,5	- 3,2
Vieillesse	- 4,6	- 5,6	- 7,2	- 8,9	- 6,0	- 4,8	- 4,8
Régime général	- 9,5	- 10,1	- 20,3	- 23,9	- 17,4	- 13,3	- 12,5
FSV	0,2	0,8	- 3,2	- 4,1	- 3,4	- 4,1	- 2,9
Total régime général + FSV	- 9,3	- 9,3	- 23,5	- 28,0	- 20,9	- 17,5	- 15,4
Régimes obligatoires de base	- 9,1	- 9,7	- 21,7	- 25,5	- 19,2	- 15,0	- 13,1
Régimes obligatoires de base et FSV	- 8,9	- 8,9	- 24,9	- 29,6	- 22,6	- 19,1	- 16,0

Source : Cour des comptes

À cet égard, la Cour des comptes note que « le déficit du régime général a dépassé de plus d'1 milliard d'euros la prévision initiale de la LFSS pour 2013 (-12,5 milliards d'euros constatés, contre -11,4 milliards d'euros attendus). Sa réduction par rapport à 2012 a été de -0,8 milliards d'euros, au lieu de -1,9 milliards d'euros escompté ».

Les états financiers élaborés par la Cour des comptes montrent en outre que ces déficits sont devenus structurels. « Le déficit 2013 du régime général et du FSV se décomposerait en un déficit conjoncturel de -6,7 milliards d'euros, dû à la faible croissance du PIB au cours des dernières années et un solde structurel de -8,7 milliards d'euros, soit 0,4 point de PIB ».

Plus de la moitié du déficit du régime général et du FSV de l'année 2013 serait donc de nature structurelle. Dans ce solde négatif, la part de la gestion des organismes constitue une minorité évaluée à 10 milliards d'euros, soit 3 % des dépenses du régime général, comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : charges nettes et charges de gestion courante du régime général, 2013

<i>En milliards d'euros</i>	Branche maladie	Branche famille	Branche vieillesse	Total
Charges nettes	164,8	57,8	114,6	337,2
Charges de gestion courante	6	2,6	1,4	10
Part des charges de gestion sur les charges nettes	3,6 %	4,5 %	1,2 %	3,0 %

Source : Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2014

Dans un contexte de dégradation structurelle de la situation et des perspectives de financement de la sécurité sociale, la recherche de sources d'économies dans les

domaines les plus vastes possible est nécessaire. Les COG semblent pourtant ne pas tenir compte de cette donnée importante.

I-2/ Les coûts de gestion des branches du régime général restent en augmentation en euros courants et en faible diminution en euros constants

La direction de la sécurité sociale mesure l'évolution des coûts de gestion à l'aide d'un ratio dénommé « frais de gestion multi-activités » présenté *infra*. Le dénominateur comprend le nombre d'ETP annuel moyen, le numérateur comprend les coûts de fonctionnement des branches et des régimes. Le sens de progression de ce rapport indique que le ratio se dégrade quand les coûts progressent. Il peut également se dégrader lorsque les effectifs diminuent tandis que les coûts restent identiques.

L'évolution de cet indicateur est décrite sur la période 2008-2012 dans le tableau ci-dessous. La CNAMTS, la CNAV et l'ACOSS voient leurs coûts augmenter de plus de 10 %, l'ACOSS se distinguant avec un taux en augmentation de presque 13 %. La branche famille en revanche contient ses coûts de gestion à + 3 % sur la période.

Tableau 3 :
ratio des frais de gestion multi-activités pour les branches du régime général, 2008-2009

En € courants	2008	2009	2010	2011	2012	Évolution (%)
CNAMTS	73 688	76 879	77 738	79 997	81 345	+ 10,4 %
CNAF	70 965	75 253	71 722	72 013	73 011	+ 2,9 %
CNAV	70 211	73 428	74 819	76 381	77 252	+ 10,0 %
ACOSS	77 584	83 351	84 062	86 269	87 569	+ 12,9 %

Source : Direction de la sécurité sociale, travaux benchmarking, années 2009 à 2012

En euros constants, l'évolution est décrite dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4 :
ratio des frais de gestion multi-activités pour les branches du régime général, 2008-2009

En € constants	2008	2009	2010	2011	2012	Évolution (%)
CNAMTS	77 966	81 267	80 940	81 562	81 345	+ 4,3 %
CNAF	75 085	79 548	74 677	73 422	73 011	- 2,8 %
CNAV	74 287	77 619	77 901	77 875	77 252	+ 4,0 %
ACOSS	82 088	88 109	87 525	87 957	87 569	+ 6,7 %

Source : Direction de la sécurité sociale, travaux benchmarking, années 2009 à 2012 et convertisseur INSEE euros courants euros constants.

Trois branches de la sécurité sociale sur quatre connaissent une augmentation de leurs coûts de gestion nettement supérieure à l'inflation : la CNAMTS, la CNAV et l'ACOSS. Seule la branche famille connaît une diminution nette de ses coûts. Pour la CNAF, la direction de la sécurité sociale explique la baisse relative des coûts par une modération de l'évolution des effectifs combinée avec une modération des coûts de gestion. Pour les autres branches, l'évolution du ratio résulte de l'effet cumulé de la baisse des effectifs et de la hausse des dépenses de fonctionnement.

Ces évolutions montrent les difficultés des COG à contenir les coûts de gestion malgré des objectifs de baisse des coûts affirmés dans le texte par les parties prenantes, des départs en retraite importants et



l'extension progressive de la dématérialisation des données échangées entre les usagers et les organismes.

I-3/ Une large extension du dispositif contractuel au sein d'un périmètre qui reste limité

I.3.1/ Vingt-trois COG et peu de transversalité

L'extension des COG au secteur des organismes de sécurité sociale est large mais pas complète.

Les COG organisent ainsi une négociation « en étoile » autour de la direction de la sécurité sociale dont le rôle est devenu de facto central. L'outil conventionnel est bien adapté à une négociation entre deux parties, mais que faire lorsque plusieurs parties partagent des problématiques communes ? Ce biais peut entraîner des difficultés de gestion transversale de sujets communs. Par exemple, les marchés, la gestion des éditions de documents (éditique), la gestion de la paye, autant de domaines dont la technicité et la spécificité ne justifient pourtant pas un traitement non transverse.

La capacité des COG à régler les relations entre la tutelle et les organismes est indéniable. Cependant, elles peinent à engager des actions en transversalité entre branches et régimes de sécurité sociale.

La COG de l'ACOSS : une transversalité en actes

L'ACOSS, depuis la mise en œuvre de la réforme de l'interlocuteur social unique² disposant que les URSSAF recouvrent les cotisations sociales du régime des indépendants, qu'elle est en capacité d'assurer la gestion du recouvrement pour un tiers. Cette capacité s'est encore renforcée avec la prise en charge de la gestion du recouvrement des assurances-chômage en 2011. Les éléments de transversalité restent néanmoins peu présents dans la COG de l'ACOSS. Pour la période 2014-2017, nous avons ainsi recensé deux fiches (sur un total de vingt) portant des projets transversaux. La fiche 12³ « *Interlocuteur social unique* », dispositif essentiel pour l'ACOSS, prévoit d'approfondir ce dispositif en créant notamment des accueils communs avec le RSI et le pilotage de bout en bout le recouvrement des cotisations du régime des indépendants. Manque toutefois une dimension que les textes ne permettent pas encore, par exemple la gestion par les URSSAF du contentieux né du recouvrement des cotisations sociales des indépendants. La fiche 20 « *Organismes multi-branches* » destinée spécifiquement à l'amélioration du pilotage du recouvrement des organismes multibranches⁴. L'objectif de l'ACOSS est ainsi d'adapter son pilotage pour que les organismes concernés notamment les CGSS puissent voir leurs résultats progresser.

Hormis l'ISU, dispositif de réforme profond, important mais désormais ancien, et la gestion des cotisations sociales des assurances chômage, le pilotage spécifique des CGSS et

2 L'ISU a été mis en place en 2008.

3 COG de l'ACOSS pour les années 2014 à 2017, page 82.

4 « Le réseau du Recouvrement est composé de 22 Urssaf, entièrement dédiées aux missions de la branche, mais aussi d'organismes multi-branches, qui assurent le service de prestations auprès de leurs ressortissants. Ces organismes sont au nombre de 7 : les 4 caisses générales de sécurité sociale (CGSS) des départements d'outre-mer, la caisse de sécurité sociale (CSS) de Mayotte, la caisse centrale de sécurité sociale (CCSS) de Lozère et la caisse maritime d'allocations familiales (CMAF). Les particularités de ces organismes rendent leur pilotage plus complexe, et leurs performances sur les métiers du recouvrement présentent parfois des marges de progression ».

de la CCSS, la COG de l'ACOSS ne mentionne aucun autre travail inter-branches ou inter-régimes en dépit d'un projet existant avec la CSS et l'UCANSS sur les marchés.

La COG de la CNAV : une exception

Dans ce mode de fonctionnement « en silo », la CNAV fait figure d'exception. Dès la page 2, elle porte l'ambition de décloisonner la gestion des prestations vieillesse en inter-régimes : « *Le régime général partagé avec les autres régimes de retraite, mais avec une acuité d'autant plus forte qu'il constitue le régime principal de retraite en France, la nécessité de dépasser les complexités liées à la coordination des réglementations et des procédures, afin d'offrir un service global et simplifié aux assurés. C'est pourquoi les engagements de la branche Retraite du régime général s'inscrivent résolument dans une approche inter-régimes* ». La première partie de la COG est entièrement consacrée à cet objectif : « *Accentuer la dynamique inter-régimes au service des assurés renforcée par la réforme des retraites* ».

Cet objectif, rappelle la COG⁵ « est renforcé par la loi n°2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, dans le cadre de la création de l'union des institutions et services de retraite (UISR) ».

Le décloisonnement inter-régimes et inter-branches est donc conçu finalement par les acteurs dans une logique d'application de la loi, pas comme objectif précédant l'évolution du droit. Les COG pourraient être *a contrario* utilisées comme outil de préparation des réformes, d'anticipation du changement. Leur construction pluriannuelle semble inciter les partenaires à cette perspective. Ce n'est pas le cas. Les COG se révèlent à l'usage des outils d'exécution, de déploiement, d'adaptation du droit, pas d'anticipation ou de prospective.

L'échec préjudiciable de la convention-cadre de performance ou « super-COG »

L'échec de la convention-cadre de performance⁶ est à ce titre éloquent. Son objet était d'introduire une dimension inter-régimes dans la contractualisation. Le code précise que « *cette convention est signée, pour le compte de chaque organisme national du régime général, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, par le président du conseil ou du conseil d'administration et par le directeur général ou le directeur et, pour les régimes spéciaux* ».

Le champ d'intervention est également défini. Elle doit déterminer « les objectifs transversaux aux différents organismes de sécurité sociale en vue de fixer des actions communes en matière [...] de mise en œuvre des mesures de simplification et d'amélioration de la qualité du service aux assurés, allocataires et cotisants ; [...] de mutualisation entre organismes, notamment dans le domaine de la gestion immobilière, des achats, des ressources humaines, de la communication et des systèmes d'information, en cohérence avec le plan stratégique des systèmes d'information du service public de la sécurité sociale arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale ; [...] de présence territoriale des différents régimes et différentes branches [...] ; [...] d'évaluation de la performance des différents régimes.

Cette convention prévoit, le cas échéant, les outils de mesure quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs ».

En dépit de ces objectifs, aucune convention-cadre de performance n'a été signée depuis 2012. Cet échec peut être attribuable au fait que les pouvoirs publics n'ont pas su ou pu l'imposer aux caisses

⁵ COG 2014-2017 de la CNAV, page 3.

⁶ Article L. 114-23 du code de la sécurité sociale.



nationales. Les causes de l'échec sont certainement plus larges. L'acceptation par les acteurs en constitue une première mais pas la seule. « *Sans doute la convention-cadre a-t-elle eu raison trop tôt* » déplore un administrateur civil ayant participé à sa conception. La crainte de devoir d'abord travailler en inter-branches et inter-régimes avant de travailler pour son pré-carré constitue une limitation sans doute plus importante.

On touche ici une des limites de la gestion contractuelle des enjeux par les acteurs. Une disposition non seulement utile mais nécessaire inscrite au code de la sécurité sociale n'est pas appliquée parce que les parties prenantes ont décidé ne pas « *l'imposer* » d'une part et de ne pas la porter d'autre part. Le contexte de recherche d'économies et d'équilibre financier aurait pu justifier que les acteurs fassent preuve d'une mobilisation plus grande.

Formellement, la contractualisation a connu une large expansion, souvent à la demande des organismes eux-mêmes. Mais l'utilité de l'élargissement du périmètre contractuel devrait être mesurée à l'aune de la capacité de ce système à favoriser la maîtrise des déficits publics.

I.3.2/ Une notion bornée de « gestion du risque »

L'expansion de la contractualisation ne doit en effet pas être considérée comme un indicateur suffisant pour en mesurer le succès.

Le périmètre de contractualisation des caisses nationales est en réalité plus limité qu'il n'y paraît alors même que les acteurs pourraient techniquement en avoir une conception plus large. Un pan essentiel de la gestion des organismes échappe en effet à la discussion entre la direction de la sécurité sociale et les caisses nationales : l'équilibre financier global des branches sur le versant des risques. Ce sujet est un « grand absent » des COG, qui sont centrées sur la maîtrise des coûts de gestion, pas sur la maîtrise globale des dépenses ou « risques ».

Deux bases réglementaires pourraient cependant permettre à cet égard une plus grande ambition des acteurs. L'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale dispose que « *l'équilibre financier de chaque branche est assuré par la caisse chargée de la gérer* ». L'article L. 200-3 dispose en outre que « *le conseil ou les conseils d'administration [...] sont habilités, dans le respect de l'équilibre financier de chacune des branches, à proposer des réformes au Gouvernement* ».

La combinaison de ces deux articles pourrait ainsi autoriser les caisses nationales à proposer des mesures d'équilibre des comptes des branches de la sécurité sociale.

Avant 1995, et comme le souligne notamment cet acteur majeur de la réforme institutionnelle et des ordonnances de 1996, « *les partenaires sociaux n'ont pas joué leur rôle d'équilibre des comptes* ». Ils y avaient pourtant été incités. En 1967, la réforme Jeanneney a fait le pari de la création des têtes de réseaux (les caisses nationales) et de l'implication plus grande des partenaires sociaux dans la régulation du système. Il s'agissait alors de « donner la main » aux partenaires sociaux pour assumer la dynamique de régulation. Ceci n'a pas fonctionné. La réforme n'a pas eu lieu de l'intérieur. Les pouvoirs publics, en réalité, devaient assumer eux-mêmes les ajustements financiers dans des conditions qui n'étaient pas satisfaisantes.

La réforme de 1996, avait pour objectif de redonner une cohérence d'ensemble au système mais sans réellement parvenir à ce que les partenaires sociaux prennent

part à de réelles propositions de réduction des prestations ou d'augmentation des cotisations.

Comme le souligne avec une pointe d'ironie un ancien directeur de la CNAMTS, « *la gestion du risque est absente des COG* ». Cette phrase peut apparaître paradoxale. La gestion du risque, la lutte contre la fraude, sont bien évidemment présentes - bien qu'à des degrés divers - dans les COG des branches « dépendantes⁷ » et ce depuis les premières générations. La phrase provocante de cet ancien directeur de la CNAMTS souligne l'absence d'une réelle gestion du risque dans les COG, qui négligent d'aborder la modulation des prestations ou des cotisations dans une perspective d'équilibre financier. L'évolution des comptes de la sécurité sociale depuis 1995 - examinée *infra* - semble malheureusement confirmer ces propos : la contractualisation n'a en effet pas abouti à une gestion plus efficiente des deniers publics affectés à la sécurité sociale, qu'il s'agisse du risque ou des coûts de gestion.

I.3.3/ Un horizon temporel réduit

Les COG définissent les objectifs et résultats à atteindre sur une durée de quatre ans et les caisses nationales avaient, jusqu'à la période qui s'achèvera en 2017, des temporalités différentes. Un consensus tacite semble s'être mis en place pour que les COG soient réglées sur la fin du quinquennat présidentiel. « *La synchronisation de la durée des COG sur la fin de l'actuel quinquennat ne relève pas d'une volonté* », souligne ce cadre de direction de la sécurité sociale.

L'horizon temporel réduit des COG (quatre ans) est décalé du temps législatif constitué de cycles de cinq ans. Cela tend à limiter l'opérationnalité des COG pour mobiliser les réseaux d'organismes dans le cadre de politiques publiques définies par la représentation nationale.

Un haut fonctionnaire souligne en outre que « du point de vue de la stratégie de long terme d'une branche, les COG n'épuisent pas leur sujet. Par exemple, l'ACOSS a pour ambition d'absorber le recouvrement de la retraite complémentaire des cadres (AGIRC) et des salariés privés (ARRCO) ainsi que de la formation professionnelle, soit 90 à 100 milliards d'euros de plus que les 350 milliards d'euros recouverts chaque année par l'ACOSS ». Cet objectif est suggéré dans la COG⁸. Trop lointain, son annonce dans la COG aurait pu crispier les organismes dont les activités sont convoitées par l'ACOSS. Les pouvoirs publics ont choisi, en accord avec l'ACOSS, de ne pas l'inscrire. Une réforme de fond de cette ampleur aurait sans doute gagné à être plus directement abordée dans le document. Si la réforme est souhaitable et qu'elle a du sens, pourquoi ne pas l'afficher ?

I.3.4/ Des programmes de qualité et d'efficience peu contraignants

Une tentative d'évaluation des politiques publiques de la sécurité sociale

Lors de la réforme en 2005 de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, le législateur a souhaité annexer au projet de loi de financement de la sécurité sociale une annexe présentant les grands objectifs poursuivis par les politiques de sécurité sociale. Ce document doit mesurer les progrès réalisés vers ces objectifs.

Les programmes de qualité et d'efficience portent sur les grandes politiques de sécurité sociale : l'assurance maladie, la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, les

⁷ Assurance maladie, assurance vieillesse, allocations familiales.

⁸ COG 2014-2017 de l'ACOSS, page 9 : « Compte tenu de la nature de ses activités, de son niveau de performance et de la faiblesse de ses coûts, l'extension du périmètre de compétence de la branche constitue une évolution porteuse d'efficience collective. Le déploiement d'une politique équilibrée de contrôle social de référence auprès de l'ensemble des populations de cotisants et des types de prélèvements [sera recherché] ».



retraites, la politique familiale, le financement de la sécurité sociale, la prise en charge de l'invalidité, du handicap et de la dépendance. Le document figure en annexe 1 du projet annuel de loi de financement de la sécurité sociale.

Ces programmes sont présentés par la direction de la sécurité sociale comme constituant la transposition à la sphère sociale de la logique « objectifs-résultats » des projets annuels de performance contenus dans les projets de loi de finances. Les programmes de qualité et d'efficience complètent le dispositif d'objectifs, d'indicateurs et de résultats mis en œuvre par les COG qui font d'ailleurs l'objet de l'annexe 2 au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Un outil dissocié de l'équilibre budgétaire

Les objectifs des programmes de qualité et d'efficience sont alignés avec la COG de l'assurance maladie, mais n'englobent pas les impératifs d'économie destinés à assurer l'équilibre budgétaire de l'ensemble. L'axe « efficience » de la sécurité sociale est d'ailleurs positionné en toute fin du document de synthèse du projet de loi de financement de la sécurité sociale de 2014. Politiquement, il semble que le choix ait été fait de masquer les économies nécessaires derrière des principes d'« égal accès aux soins », de « service amélioré », de « relation client » et de « stratégie nationale de santé ». Ce « double discours » ne contribue pas à une prise de conscience collective sur la nécessité, pour assurer la pérennité du système de sécurité sociale, d'en garantir l'équilibre financier.

Les 180 indicateurs de suivi contenus dans les programmes de qualité et d'efficience, bien que permettant une évaluation globale de la politique de sécurité sociale, semblent peu orientés sur la priorité absolue que devrait constituer l'équilibre financier du système, qui continue à cumuler des déficits massifs et structurels.

II- Un outil inadapté au contexte drastique de recherche d'économies ?

II-1/ La contrainte de la recherche systématique d'économies

La situation et les perspectives des finances publiques engagent les pouvoirs publics à rechercher des sources d'économies très importantes. Le projet de loi de finances pour 2015 prévoit un plan d'économies inédit de 50 Md€ sur 2015-2017 dont 21 Md€ en 2015 incluant 10 Md€ pour la seule sécurité sociale.

Tableau 5 : le plan d'économies du projet de loi de finances

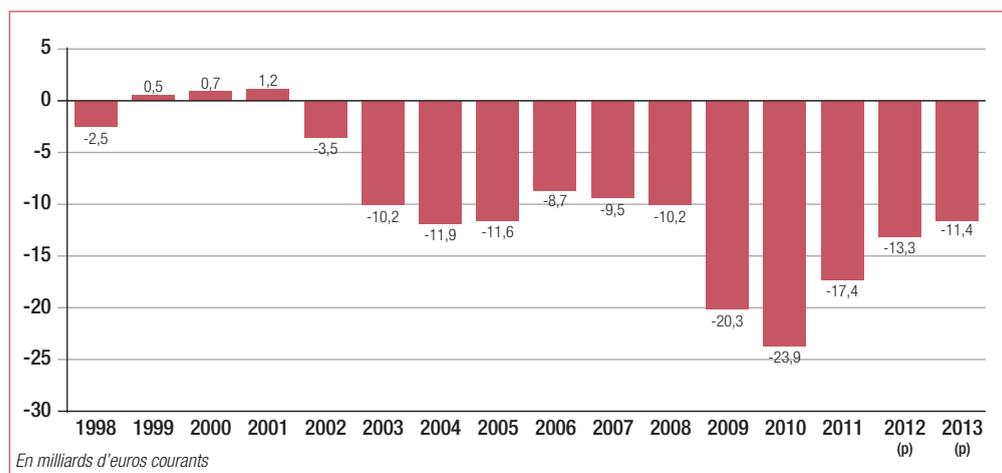
Programme d'économie	2015	2015-2017
État et agences	7,7	19,0
Collectivités locales	3,7	11,0
Protection sociale	9,6	20,0
dont dépenses d'assurance maladie	3,2	10,0
dont autres dépenses de protection sociale	6,4	10,0
TOTAL	21,0	50,0

Source : Projet de loi de finances 2015

Comme indiqué *supra*, les COG n'englobent que la problématique des coûts de gestion des organismes qui ne représente qu'une faible fraction des économies recherchées. Les organismes de sécurité sociale se sont cantonnés dans un rôle d'exécution.

L'essentiel des décisions de gestion du risque des branches et des régimes de sécurité sociale doit ainsi être porté par le Parlement et le Gouvernement. Dans le contexte très contraignant actuel, il est possible de se demander si les COG ne sont pas adaptées aux enjeux, leur périmètre étant trop restrictif. Dans son ensemble, et malgré l'organisation rigoureuse installée depuis le milieu des années 1990, le système français de sécurité sociale cumule en effet les déficits comme le montre le graphique suivant.

Tableau 6 : évolution du solde du régime général de sécurité sociale français, 1998-2013(p)



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, 2014

II-2/ Vers des COG incluant des objectifs d'équilibre budgétaire des branches ? L'illustration de l'assurance maladie allemande

La logique contractuelle, adaptée dans un contexte de gestion « en routine » car elle engage les gestionnaires dans l'épaisseur du trait, semble peu adaptée à une recherche approfondie et rapide d'économies.

L'analyse des thèmes pris en charge dans les COG montre qu'ils se suivent et se ressemblent. L'IGAS déplore régulièrement le manque d'originalité des COG. « *Amélioration de la qualité de service* », « *meilleure gestion de la relation client* », « *renforcement de gestion du risque* », « *développement de l'efficience* » et « *optimisation des moyens* » se trouvent dans quasiment tous les documents.

Les organismes publics ne connaissent pas les « morsures du marché ». Les acteurs privés sont soumis à une forte concurrence désormais internationale. Mieux vaut dès lors une dose de contrainte durable plutôt que du *stop and go*. Mais « les COG sont conservatrices, elles excluent les « logiques de saut ». En dépit des intentions louables mais mises en échec, d'organisation pyramidale de la gestion de la sécurité sociale n'a-t-elle pas permis l'instauration tacite d'une irresponsabilité générale des acteurs chargés de la gestion de la sécurité sociale ?



En comparaison, le système allemand de protection sociale s'est structuré à la fin du XIX^e siècle autour d'une logique contributive d'assurance sociale. Le système français s'est initialement largement inspiré de cette logique bismarckienne tout en intégrant également une dimension d'assistance sociale non contributive de type « beveridgienne ». Les deux systèmes - France et Allemagne - sont *in fine* assez comparables pour ce qui concerne les assurances sociales et le chômage, et le sont plus encore en termes de gestion de l'assurance maladie.

L'Allemagne a instauré une mise en concurrence et un pilotage par les soldes pour ses caisses d'assurance maladie : celles-ci sont obligées d'augmenter leurs cotisations ou de baisser leurs prestations en cas de déséquilibre. Les hausses de cotisations ne peuvent représenter chaque année plus de 1 % du revenu de l'assuré. Durant la crise, ce plafonnement n'a pas permis aux caisses de compenser par les seules hausses de cotisations la chute de leurs recettes. Sans l'intervention de l'État, la situation des caisses aurait été bien plus dégradée. C'est le doublement des subventions de l'État entre 2009 et 2010, passant de 7,1 Md€ à 15,6 Md€, qui a permis de préserver l'équilibre financier.

L'Allemagne a, en parallèle mené une politique active de régulation de la demande de soins et ce depuis 1996, date à laquelle les ordonnances sus-mentionnées étaient mises en œuvres en France. Ces réformes comprennent à la fois des mesures réduisant le champ de la couverture publique du risque maladie (déremboursement des cures thermales, des transports par taxis ou véhicules de location pour se rendre à l'hôpital, des prothèses dentaires, des lunettes sauf pour les moins de 18 ans). La participation financière des assurés a été fortement augmentée (ticket modérateur sur les consultations médicales : forfait de 10 € par trimestre ; forfait journalier hospitalier : 10 € par jour dans la limite de 28 jours calendaires, ticket modérateur sur les boîtes de médicaments prescrites : 10 % du prix du médicament prescrit avec un maximum de 10 € par boîte). Les conséquences négatives sur les gros consommateurs de soins ont été limitées par un plafonnement du reste à charge dépendant des ressources.

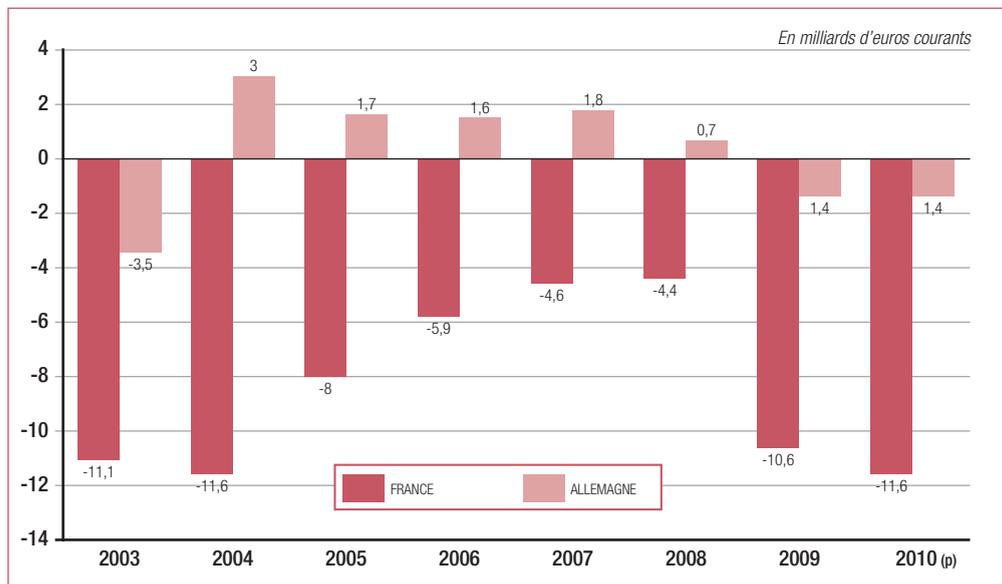
Autant de réformes que la France a mis en place de façon plus limitée. Participation financière et franchises n'ont pas évolué en France depuis la date de leur mise en place en 2007 et 2008 alors même que les déficits de l'assurance maladie se sont creusés. Ces outils d'ajustement simples dans leur mise en place, et réversibles n'ont pas été utilisés en routine alors même qu'ils ont été conçus pour cela.

En Allemagne, les différentes réformes de l'assurance maladie ont cherché à rationaliser et à réguler l'offre de soins. Des gains d'efficience à l'hôpital sont notamment attendus des restructurations, des fusions et les fermetures des centres hospitaliers peu rentables. Du point de vue de l'offre de soins, face aux défis des « déserts médicaux », l'Allemagne a durci, dès 1993, les conditions d'installation des médecins. De même, les fortes hausses de dépenses de médicament ont conduit les pouvoirs publics allemands à prendre des mesures afin de développer la part de marché des génériques et de limiter les prescriptions de médicaments.

Le graphique suivant montre la comparaison des déficits de l'assurance maladie publique Française et Allemande. En huit ans, le solde allemand a été trois fois déficitaire de 3,5 Md€ en 2003, 1,4 Md€ en 2009 et 1,4 Md€ en 2010 alors qu'il a, sur la même période, été tous les ans en déficit en France avec un plancher deux fois atteint de 11,6 Md€ et un

plafond de 4,4 Md€. Le déficit moyen sur la période s'établit en France à - 8,5 Md€ tandis que l'excédent moyen s'établit en Allemagne à + 0,3 Md€.

Tableau 7 : solde de l'assurance maladie publique, France - Allemagne, entre 2003 et 2010 ⁹



Source : CCSS, septembre 2010

L'Allemagne a ainsi verrouillé le pilotage financier de l'assurance maladie en contraignant les caisses à l'équilibre. La France est pourtant dans la même situation puisque l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale cité *supra*¹⁰ dispose que « l'équilibre financier de chaque branche est assuré par la caisse chargée de la gérer ». La question centrale de l'équilibre financier est pourtant absente des programmes de qualité et d'efficience.

L'exemple allemand illustre un retour rapide à l'équilibre des comptes de l'assurance maladie (voir annexe 3) au travers d'un plan de mesures de grande ampleur et à l'action sur les leviers de la hausse conséquente de la participation financière des assurés, de la modification du périmètre de remboursement avec l'exclusion du remboursement des prestations peu efficaces sur le plan médical, mais aussi de l'optique et des prothèses dentaires. Ces mesures pesant sur les assurés ont été complétées par une politique contraignante envers les professionnels de santé et une recherche de gains d'efficience à l'hôpital¹¹.

Le reste-à-charge des ménages, c'est-à-dire les revenus qu'ils doivent consacrer à l'assurance maladie hors cotisations obligatoires est plus important en France qu'en Allemagne (voir annexe 4). Les dépenses privées consacrées à la santé sont plus élevées en France de 4,7 points. Ces dépenses ont connu la même évolution en France et en Allemagne depuis 2001 (+1,9 point). Enfin, l'espérance de vie à la naissance est quasi-identique pour les hommes français et allemands ; et supérieure de 1 an

⁹ Les documents de travail de la direction du trésor, numéro 2012/02, août 2012, page 29.

¹⁰ Page L. 200-2 69

¹¹ Restructurations, fusions et fermeture des centres hospitaliers peu rentables ou dont l'activité ne permet pas de garantir une qualité suffisante des soins.



et demi pour les femmes françaises par rapport aux femmes allemandes comme l'indique l'annexe 5.

Ces éléments comparatifs incitent à envisager l'organisation française du système de sécurité sociale sous un angle différent. En positionnant chaque acteur dans une sphère de responsabilité quasi-étanche, la réforme de 1996 n'a pas engagé les acteurs à une co-responsabilité sur la gestion des prestations et des cotisations. Bien que le code de la sécurité sociale prévoit explicitement que les caisses gérant les risques de sécurité sociale sont responsables de l'équilibre financier de la branche, ses acteurs internes sont peu enclins à faire des propositions aux pouvoirs publics destinées à rétablir l'équilibre budgétaire.

L'outil des COG, qui tend au final à se limiter à la définition d'objectifs opérationnels pour les caisses sans inclure les enjeux d'équilibres budgétaires du risque géré, pourrait de ce fait être étendu, selon des modalités à convenir, pour impliquer les partenaires sociaux et les directions nationales dans la recherche des voies et moyens de l'équilibre financier.

Le dispositif créé en 1996 a permis de redéfinir le champ des responsabilités de l'ensemble des acteurs autour du Parlement, représentation nationale, chargée de prendre les décisions d'intérêt général. Près de 20 ans après sa mise en place, il semble cependant impuissant à assurer la pérennité de la sécurité sociale, dont les soldes sont systématiquement en déséquilibre depuis 1989¹².

L'agencement LFSS-COG ressemble à une architecture dont les responsables sont clairement identifiés, dont les champs d'action sont définis, mais dont les acteurs n'exercent pas pleinement leur responsabilité. Le Parlement vote la LFSS mais n'exige pas que le principe d'équilibre des comptes posé à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale soit respecté. Les caisses nationales dont les contrats traitent uniquement de gestion des organismes sont placées dans une position d'exécution qui se révèle finalement protectrice, l'exécutant étant irresponsable. Profitant de l'abri confortable que les COG leur confèrent, les partenaires sociaux représentés dans les conseils des caisses nationales, qui avaient pourtant dénoncé leur mise en place, négligent les outils juridiques à leur disposition pour faire des propositions de réductions de dépenses qui pourtant relèvent de leur champ de compétence. Les COG révèlent *in fine* et en creux une incapacité à ajuster les dépenses et les cotisations, à tout le moins proposer ces ajustements aux pouvoirs publics.

Le système dans son ensemble n'a pas pris la mesure des enjeux d'équilibre budgétaire, malgré un beau « jardin à la française » institutionnel où chacun est juridiquement chargé d'un rôle qu'il assume facialement, mais sans réelle ambition de garantie de la pérennité de la sécurité sociale. Les COG ont bien créé une « *architecture de responsabilité* » mais les responsables chargés de prendre les décisions d'équilibre semblent se défausser des décisions douloureuses qu'impose cette responsabilité.

S'il est indéniable qu'en vitesse de croisière la démarche objectifs-résultats permet aux pouvoirs publics de piloter le système de sécurité sociale sous contrainte budgétaire sans entrer dans sa gestion quotidienne, elle connaît des limites qui peuvent en faire un dispositif en fin de vie dans un contexte où des décisions drastiques sont à prendre.

12 Voir : figure sur le solde structurel du régime général de la sécurité sociale 1986-1995, page 11.

Les COG se révèlent étroites tant en ce qui concerne leur volet de gestion des organismes que sur le volet de la gestion des équilibres financiers.

Sur le volet de la gestion des organismes, les conventions devraient s'ouvrir à un spectre inter-branches et inter-régimes. C'est ce que proposait la convention cadre de performance de l'article L. 114-23 du code de la sécurité sociale dont on ne peut que déplorer qu'elle n'ait pas abouti.

Sur le volet des équilibres financiers, il est possible de s'interroger sur la réelle utilité d'une LFSS annuelle qui proroge d'une année sur l'autre un non-pilotage des recettes et des dépenses de la sécurité sociale. Près de vingt ans après les lois organiques de 1996, l'architecture de responsabilité n'est-elle pas devenue une « architecture d'irresponsabilité » ? Les déficits se creusent, le financement de la sécurité sociale à crédit est devenu la norme, l'existence de la caisse d'amortissement de la dette sociale¹³, créée en 1995 et qui devait disparaître en 2014, est prolongée, et le passif qu'elle gère ne cesse d'augmenter. La combinaison de la LFSS et de la contractualisation a certes permis que ces acteurs aient des objectifs convergents, mais un consensus de fait conduit, sur le long terme, à des prises de décisions contraires à la pérennité même d'un système de sécurité sociale qui ne pourra éternellement vivre à crédit.

Une autre voie semble pourtant possible. Un peu ironiquement, il est possible de dire qu'elle comporte un écueil majeur. Elle suppose que chacun prenne conscience de la nécessité, pour garantir sa survie, de revenir à une logique d'équilibre des comptes. En arrivant à maturité, la contractualisation de la gestion de la sécurité sociale a atteint un point d'inefficacité. Elle doit être maintenue, car elle structure le champ d'action et la mobilisation des pouvoirs publics et des organismes de sécurité sociale à moyen terme, mais elle devrait être étendue à un contrat de gestion global de la sécurité sociale, incluant les prestations et le recouvrement et permettant, après avoir réaffirmé le principe essentiel de l'équilibre des comptes pourtant déjà présent dans le code de la sécurité sociale, un pilotage pluriannuel des prestations et des cotisations dans le cadre d'une LFSS pluriannuelle. Au sein de cette architecture, le Parlement n'aurait à se prononcer annuellement que sur des mesures destinées à assurer l'équilibre des comptes. Ces mesures devraient être proposées au préalable par les caisses, discutées avec le gouvernement, le Parlement arrêtant le cap à suivre en dernier ressort.

La contractualisation a permis de ménager le temps pour réaliser des réformes de fond sans rupture, sans mouvement de grève majeur, sans manifestation de masse depuis presque vingt ans. Dans un contexte où la prise de décision doit être accélérée, le domaine de la démarche objectifs-résultats doit désormais être étendu et approfondi pour renforcer la capacité de tous, et notamment les représentants des assurés sociaux des conseils d'administration, à agir en première instance pour piloter les grands équilibres de la sécurité sociale.

13 Créée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 et modifiée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004. Sa mission est de financer et d'éteindre la dette cumulée du régime général de la sécurité sociale pour les exercices 1994 à 2008. Les déficits se sont élevés à 34,2 milliards d'euros pour les années 1994 à 1998, à 47,25 Mds pour les années 2002 à 2006, à 27 Mds pour les années 2005 à 2008 et 132,5 milliards d'euros pour les années de 2009 à 2018.



Annexe 1 : les mécanismes de part variable de rémunération des agents de la sécurité sociale

La progression des agents de la sécurité sociale au sein d'un niveau de qualification est assurée en points dans une plage d'évolution salariale comportant un minimum et un maximum. L'avancement à l'ancienneté permet de progresser de deux points par an avec une limite maximum de 50 points. Quatre moyens d'action sont à disposition des directeurs d'organismes pour différencier les salaires et inciter les personnels à atteindre les objectifs : le dispositif d'intéressement, l'utilisation des niveaux de classification l'attribution des points de compétence et l'attribution de primes de résultats pour l'encadrement supérieur.

Le dispositif d'intéressement

L'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) a mis en place par raccord national un dispositif d'intéressement collectif au tournant des années 2000. En fonction des résultats atteints par la branche ou l'organisme local, l'accord du 28 juin 2002 prévoit de suivre plus particulièrement certains indicateurs notamment de qualité de service, de productivité et de maîtrise des risques permettant de mesurer la performance de la branche et des organismes. La prime est composée de deux éléments : une part nationale (en général, 60 % de l'enveloppe) qui reflète les résultats de la branche et une part locale (40 % de l'enveloppe) qui tient compte de la performance de l'organisme local. Le déclenchement du versement de la prime d'intéressement est subordonné à l'atteinte des objectifs locaux, le seuil étant fixé à 75 %.

L'utilisation des niveaux de classification ou « parcours professionnel »¹⁴

Afin d'encourager les personnels à exercer en proximité, des mesures d'accompagnement ont été initiées dans certaines caisses. Ainsi, la polyvalence ou une relative autonomie ont permis des requalifications à des niveaux supérieurs par les directions. Par exemple, les agents d'accueil qui, auparavant, était classés au niveau trois de la convention collective, ont pu progresser vers un niveau quatre en raison notamment des servitudes impliquées par les missions d'accueil (horaires fixes, travail posté, travail itinérant). Néanmoins, cette politique n'a pas été suivie par l'ensemble des organismes, qui restent très autonomes en matière d'utilisation de cet outil. L'IGAS a même noté¹⁵ un certain « *manque d'homogénéité entre les pratiques des organismes* », oubliant d'indiquer que cette autonomie permet des ajustements de rémunération en fonction des contextes locaux. Cette marge de manœuvre utilisable par les directeurs constitue un point positif dans la démarche objectif-résultat qui permet, notamment, une meilleure individualisation des rémunérations dont les plages d'évolution sont décrites en annexe 2.

L'attribution de points de compétences ou « développement professionnel »¹⁶

L'outil d'individualisation instauré par l'article 4 du protocole d'accord du 30 novembre 2004 relatif au dispositif de rémunération et à la classification des emplois des salariés

14 Article 6 du protocole d'accord du 30 novembre 2004 relatif au dispositif de rémunération et à la classification des emplois.

15 Rapport n° 2004-100 d'évaluation de la COG de la CNAV, 2004.

16 Article 4 du protocole d'accord du 30 novembre 2004.

de la sécurité sociale permet, par l'attribution de points de compétences après entretien annuel d'évaluation des compétences, de moduler la rémunération des agents en fonction de l'atteinte des objectifs du contrat pluriannuel de gestion. Le protocole incite les directeurs à se fonder sur des « *faits précis, objectifs, observables et mesurables* », sans faire directement référence aux objectifs et indicateurs du contrat pluriannuel de gestion de l'organisme.

Le dispositif des points de compétences et engage une individualisation de la rémunération. Chaque agent peut voir sa rémunération évoluer en fonction de l'atteinte ou non des objectifs qui lui sont fixés dans son entretien annuel. Ce dispositif mobilise l'encadrement supérieur et l'encadrement de proximité de chaque organisme. Il nécessite donc une objectivation rigoureuse des indicateurs sur lesquels chaque agent sera évalué. Le nombre de points qui peut être accordé à chaque agent comprend un minimum et pas de maximum.

- 7 points pour les salariés d'exécution ;
- 12 points pour les cadres de proximité ;
- 15 points pour les cadres supérieurs hors agents de direction.

Ce dispositif d'évolution différenciée des agents en fonction de l'atteinte des objectifs est néanmoins fortement encadré par la convention collective. Ainsi, chaque année, au moins 20 % des salariés de l'organisme doit pouvoir prétendre à être inscrits dans la liste de ceux qui bénéficient de points de compétences.

L'attribution d'une prime de résultats pour les cadres de niveau 8 et supérieur¹⁷

Les salariés occupant des emplois classés à partir du niveau 8 des employés et cadres peuvent bénéficier d'une prime exceptionnelle de résultats destinée à reconnaître l'atteinte d'objectifs particuliers négociés avec leur hiérarchie. L'entretien tel que défini à l'article 7 doit permettre d'évoquer les éléments nécessaires à l'attribution éventuelle de la prime de résultats. La prime de résultats est fixée par le directeur et versée en une fois, au titre d'une année considérée. Elle peut atteindre jusqu'à l'équivalent d'un demi-mois de la rémunération de base telle que définie à l'article 3 du présent texte. Un bilan du nombre de bénéficiaires et du montant global versé est porté chaque année à la connaissance des institutions représentatives du personnel.

Au final, la part de rémunération individualisée des agents de la sécurité sociale est relativement faible. Les COG et les contrats pluriannuels de gestion ont permis d'engager une forme d'individualisation, mais les politiques salariales de la sécurité sociale restent caractérisées par un faible intéressement des personnels, la part variable capitalisée étant nécessairement attribuée à au moins 20 % des effectifs tous les ans. Cette limitation engage les directions à une forme de saupoudrage qui aboutit à une avancée globale de tous les agents et cadres à un rythme comparable.

¹⁷ Article 5 du protocole d'accord du 30 novembre 2004

Annexe 2 - Plages d'évolution salariale par niveau

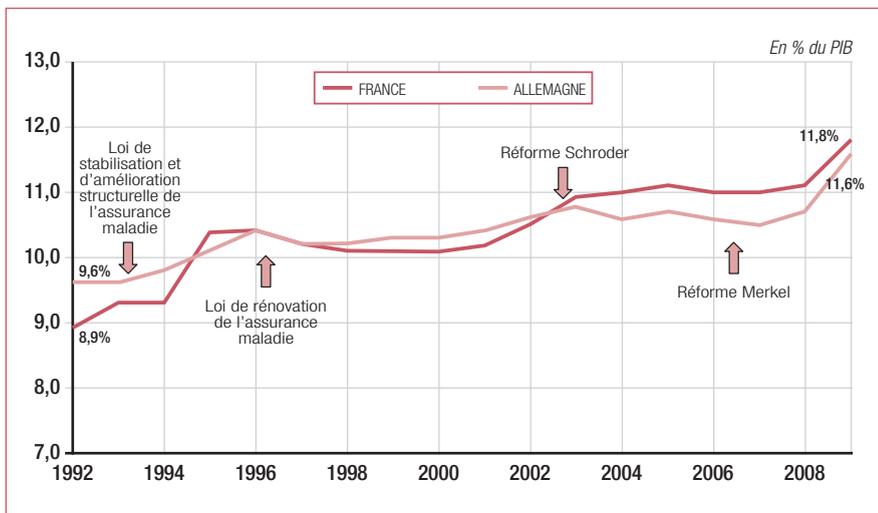
Les rémunérations peuvent évoluer au sein d'une plage selon les limites suivantes (en points)¹⁸ :

- ▼ Niveau 1 (qualifications les plus simples : « agents ») : Coefficient de qualification 190¹⁹ Coefficient maximum 267
- ▼ Niveau 2 Coefficient de qualification 198 Coefficient maximum 302
- ▼ Niveau 3 Coefficient de qualification 215 Coefficient maximum 337
- ▼ Niveau 4 Coefficient de qualification 240 Coefficient maximum 377
- ▼ Niveau 5A (« cadres » de proximité) Coefficient de qualification 260 Coefficient maximum 432
- ▼ Niveau 5B Coefficient de qualification 285 Coefficient maximum 477
- ▼ Niveau 6 Coefficient de qualification 315 Coefficient maximum 512
- ▼ Niveau 7 (« cadres » supérieurs) Coefficient de qualification 360 Coefficient maximum 587
- ▼ Niveau 8 Coefficient de qualification 400 Coefficient maximum 635
- ▼ Niveau 9 Coefficient de qualification 430 Coefficient maximum 675

Les agents de direction font l'objet d'une autre grille de rémunération, relevant d'une autre convention collective²⁰.

Annexe 3 : dépenses totales de santé en France et en Allemagne 1992 – 2008

Tableau 8 : dépenses totales de santé



Source : OCDE Éco santé 2011.

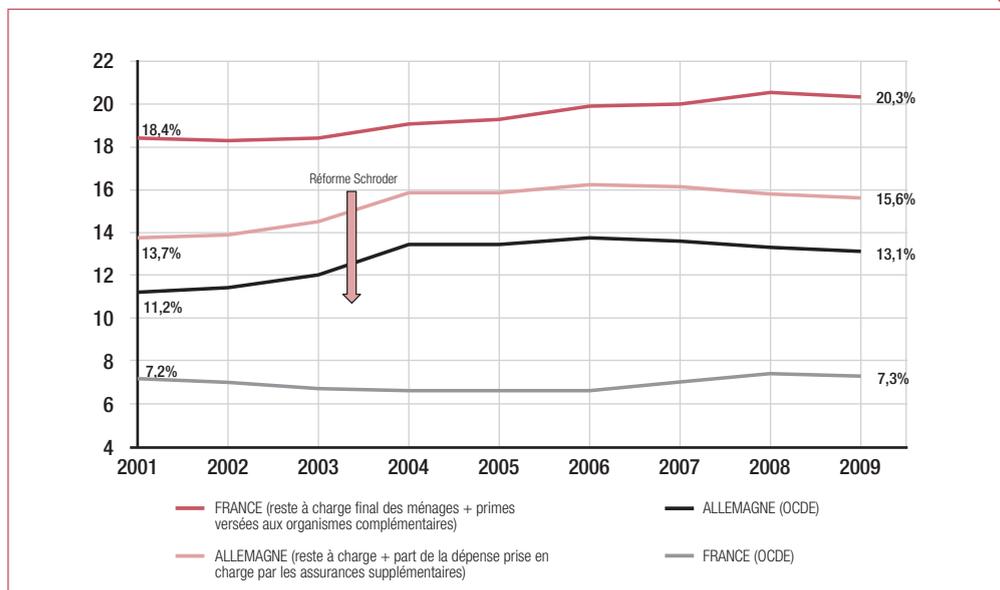
18 Protocole d'accord du 15 mars 2012 relatif à la rémunération des personnels.

19 Un point est défini à 7,20738 euros en 2013.

20 Convention collective nationale de travail du 25 juin 1968 mise à jour par avenant le 22 juillet en 2005.

Annexe 4 : reste à charge des assurés en France et en Allemagne, 2001-2009

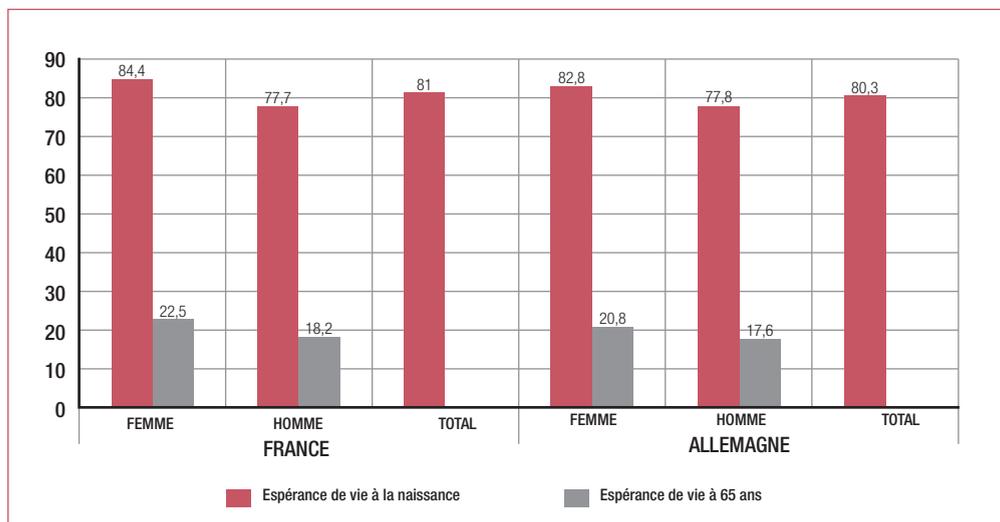
Tableau 9 : reste à charge en proportion de la dépense totale



Source : OCDE Ecosanté, fonds CMU, comptes sociaux de la santé 2001-2009

Annexe 5 : espérance de vie en France et en Allemagne en 2011

Tableau 10 : espérance de vie à la naissance et à 65 ans, Allemagne / France



Source : OCDE Ecosanté 2011