

I. — LES CONVENTIONS D'OBJECTIFS ET DE GESTION

Réformer de l'intérieur la Sécurité sociale : les conventions d'objectifs et de gestion

par Dominique LIBAULT

Sous-directeur à la direction de la Sécurité sociale,
ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Issues des ordonnances d'avril 1996 les conventions d'objectif et de gestion, loin d'être une réforme de circonstance, constituent l'aboutissement d'une réflexion menée depuis une dizaine d'années sur la gestion de la Sécurité sociale.

Deux questions dominent la problématique de la gestion de la Sécurité sociale :

1. Comment faire travailler tous les acteurs du système ensemble, et non les uns à côté des autres, voire les uns contre les autres? La première spécificité de l'organisation de la Sécurité sociale réside en effet dans le nombre élevé d'acteurs qui la compose. On peut, en se restreignant au régime général, sans oublier que la multiplicité des régimes est elle-même source de complexité, élaborer une classification en trois binômes : État/caisses; caisses nationales/caisses locales; administrateurs/gestionnaires. Ces trois couples sont liés pour le meilleur et pour le pire. De leur capacité à s'entendre, à unir leurs efforts, à travailler dans la même direction ou au contraire de leur cloisonnement, de leurs différends, voire de leurs divisions dépend pour une large part la qualité de la gestion de la Sécurité sociale. Or, en aucun cas, leur synergie ne peut être spontanée. Sans organisation *ad hoc*, il ne peut y avoir, au mieux, que perte d'énergie, au pire neutralisation et inertie.

2. Comment rendre le système plus performant, ou plus précisément, le faire tendre spontanément et de façon permanente vers la meilleure performance possible? Le terme « performance » n'est pas ici employé exclusivement dans le sens qui est le sien dans le secteur privé et concurrentiel. Il vise à désigner la capacité du service public de la Sécurité sociale à rendre, au meilleur coût, le service que nos concitoyens attendent de lui.

Or nul n'ignore que la Sécurité sociale étant un monopole, elle ne connaît pas la sanction du marché et de la concurrence comme aiguillon de la performance. Ce constat n'est pas un regret et ne vise nullement à aligner les modes de gestion de la Sécurité sociale sur ceux du secteur privé. Il vise au contraire à faire

prendre conscience que si la Sécurité sociale - comme les autres services publics - ne trouve pas dans ses propres modes de régulation des outils, autonomes et singuliers, de recherche et de sanction de la performance, elle risque d'être condamnée à adopter, à des échéances qui peuvent être brèves, un système de gestion qui est le système dominant dans le monde actuel.

Relever ce double défi, telle est l'ambition de la clé de voûte du nouveau système d'organisation de la Sécurité sociale que constituent les conventions d'objectifs et de gestion. On ne s'étonne donc pas que pour faire face au premier les termes de complémentarité, synergie, décloisonnement soient au cœur des conventions, ni que pour gagner le second les notions d'objectifs, d'indicateurs, d'évaluation soient omniprésentes.

Dernière remarque introductive, pour situer l'impact de ce dossier : les enjeux de gestion de la Sécurité sociale et d'équilibre financier de la Sécurité sociale se sont beaucoup rapprochés ces dernières années sans pour autant se confondre. La santé financière de la Sécurité sociale ne dépend pas exclusivement de la gestion de la Sécurité sociale : l'exemple le plus marquant est l'évolution des ressources, dépendante de l'évolution économique, de l'emploi, de la politique générale des pouvoirs publics mais fort peu de la gestion de la Sécurité sociale elle-même. Ce point n'est pas anecdotique lorsque l'on sait que l'évolution financière de la Sécurité sociale depuis le début des années 90 est tributaire de ses ressources plus que de tout autre facteur.

Néanmoins il faut souligner combien, depuis plusieurs années, le métier de gestionnaire de la Sécurité sociale a évolué, pour s'appropriier, sinon la totalité, du moins la plus grande partie de la responsabilité de la gestion du « risque » dont il est en charge. Au gestionnaire on demandait hier d'assurer le paiement des prestations - ou l'acquiescement des cotisations - en temps et en heure, en respectant les normes juridiques et comptables en vigueur. Aujourd'hui, et demain plus encore, on lui demande d'être un vrai acteur de poli-

tique sociale, de maîtriser au mieux sa dépense tout en améliorant, compte tenu notamment des nouvelles technologies, la qualité du service rendu aux usagers et notamment aux plus démunis. Hier le bon gestionnaire se jugeait à sa « conformité » aux règles, aujourd'hui à son souci de la qualité, à ses capacités d'initiative, à ses résultats sur le risque.

De ce fait, le champ des conventions d'objectifs et de gestion est considérablement plus large que ce qu'il aurait été si le même exercice avait été mené au début des années 80. Il en résulte également que leur succès ou leur échec marquera et peut-être déterminera l'évolution de l'ensemble de la Sécurité sociale.

I. — CONVENTIONS : LE PACTE DE LA PERFORMANCE

Les conventions entendent réunir cinq éléments essentiels :

- un pacte,
- une stratégie,
- une programmation des moyens,
- des indicateurs quantitatifs et évaluatifs,
- une évaluation.

Certains de ces éléments existaient, en ordre dispersé et de façon inégale selon les branches, depuis plusieurs années : les conventions visent à leur donner cohérence et homogénéité.

1. Un pacte

La convention, c'est d'abord un accord. Accord entre l'État et les caisses au niveau national, mais aussi accord entre la caisse nationale et la caisse locale pour la déclinaison de la convention que constitue le contrat de gestion. Accord sur ce qu'on veut faire, mais aussi accord sur qui fait quoi. La convention entend ici, sinon résoudre, du moins apporter des éléments de réponses au problème récurrent des responsabilités respectives de l'État et des caisses. Trois voies ont été exclues : la transmission de l'ensemble des responsabilités à l'une des parties, une délimitation autoritaire et figée du champ des uns et des autres, enfin la confusion des domaines avec un exercice totalement conjoint de l'ensemble des décisions. Le fait même qu'il y ait contrat vaut reconnaissance que chacun ne peut exercer dans son domaine propre en totale autarcie : ce serait - et ce fut dans le passé - l'échec inévitable. Elle vaut également reconnaissance - mais par accord négocié - du domaine propre d'exercice des responsabilités de chacun. L'État et la branche s'entendent sur des objectifs, dont la mise en œuvre dépend pour certains de la branche, pour d'autres de l'État, voire des deux parties conjointement, sans que jamais l'État doive, puisse ou veuille se substituer au gestionnaire.

Il faut ensuite remarquer que la convention est signée du côté des caisses tant par le président du conseil d'administration que par le directeur de la caisse : les deux autorités - administrateur, gestionnaire - sont donc associées et engagées par la convention, d'autant que le président ne saurait signer sans que le conseil lui en ait donné mandat.

Du côté de l'État, l'ordonnance du 24 avril 1996 désigne comme signataire « l'autorité compétente de l'État », ce qui a été interprété, lors du premier exercice, comme désignant non seulement le ministre chargé de la Sécurité sociale mais également celui chargé du Budget.

Si cette pluralité de signataires n'est pas forcément le meilleur moyen de simplifier la négociation - on y reviendra en analysant les conventions de première génération - elle a pour grand mérite d'associer l'ensemble des acteurs du système : administrateurs nationaux et locaux, gestionnaires nationaux et locaux, pouvoir exécutif de l'État à travers les deux autorités de tutelle de la Sécurité sociale.

La première vertu de la convention est donc de réunir tous les acteurs du système autour d'une vision de développement de la Sécurité sociale se traduisant en objectifs et engagements partagés, déclinés au niveau local : bref, d'établir un vrai partenariat.

Deux caractéristiques des conventions montrent bien qu'il s'agit d'un véritable pacte :

— en premier lieu, le document final ne peut survenir que d'un accord entre les deux parties, suite à négociation. En effet il n'est prévu nulle procédure ou clause donnant le dernier mot à l'un des partenaires, qui en l'occurrence, n'aurait pu être que l'État (1). Cela signifie que, en mettant en place cette procédure contractuelle, l'État se refuse à dicter aux partenaires sociaux et aux gestionnaires la stratégie de gestion de leur branche et à déterminer de façon isolée les moyens de gestion de chaque branche. Naturellement ceci ne conduit pas à dénier à l'État le soin de déterminer les grandes orientations de la politique de Sécurité sociale, puisque tel est l'objet de la loi de financement de la Sécurité sociale. Mais une fois déterminés ces grands principes, il revient à la procédure contractuelle d'en déterminer les modalités de mise en œuvre pour chacune des branches considérées. Que l'État renonce ainsi délibérément à tout pouvoir de diktat est une mutation considérable, sans doute sous-estimée, qui peut montrer la voie à une nouvelle forme de rapports entre l'État et ses partenaires - société civile ou partenaires sociaux : encore faut-il que cette volonté contractuelle soit effective, non seulement lors de la négociation, mais aussi de l'exécution. Car il est bien certain qu'une telle démarche n'a de valeur que si elle engage les responsables de l'État dans le temps, ce qui ne va pas de soi, ne serait-ce qu'en raison des différences de calendrier entre les échéances politiques et celles des conventions. Or en l'absence de statut juridique *ad hoc* (2), la seule sanction du non-respect du contrat est politique, mais non pas juridique ;

— en deuxième lieu, les engagements concernent les deux parties : État et caisse nationale (caisse nationale et caisse locale pour le contrat de gestion). L'État n'appose pas seulement son paraphe au bas d'un document où la branche s'engage sur des objectifs de service public, il participe à cet engagement, non seulement dans les dotations budgétaires qui vont permettre aux caisses de fonctionner, mais également en prenant sa part de réalisations ou en clarifiant sa politique dans ses domaines propres, ayant une influence sur la gestion des caisses. Ce point est particulièrement important en assurance maladie où les responsabilités de l'État, notam-

(1) La seule exception est l'avenant annuel fixant l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville, document de grande importance, mais qui ne fera pas l'objet de développements ici, car il se rattache bien davantage à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

(2) V. article C.A. GARBAR, *infra* p. 816.

ment en matière de santé publique, de médicament et d'hôpital, et celles de la branche sont interdépendantes.

Cet engagement de l'État est également une donnée clé de l'avenir des conventions : s'il renie celui-ci ou tend à en limiter la portée, la convention risque de devenir un document rapidement obsolète. C'est dans ce contexte que se conçoit le rôle du conseil de surveillance : instance présidée par un parlementaire, destinée à suivre l'exécution de la convention et à en informer le Parlement. Il reviendra au conseil, sans pour autant devenir un juge de paix, de faire remarquer les éventuels manquements à la convention de l'une ou de l'autre des parties. Par ailleurs, en associant les parlementaires à cet exercice, le conseil de surveillance vise à éviter que la convention ne soit perçue que comme un exercice entre le pouvoir exécutif et les caisses, n'intéressant en rien le pouvoir législatif. Si les conventions ne lient pas le pouvoir législatif, celui-ci ne saurait pour autant, dans le champ de décisions qui lui est propre, en faire abstraction sans que l'exercice de cohérence et de continuité exigé pour une meilleure gestion de la Sécurité sociale en soit affaibli.

2. Une stratégie

La convention oblige chaque branche à définir une stratégie cohérente, publique et de moyen terme. La convention est l'occasion pour chaque branche de réfléchir sur ses forces et faiblesses, les attentes des usagers, les possibilités offertes par les mutations technologiques, l'articulation de ses différentes missions (prestations légales et action sociale par exemple), bref à partir d'un diagnostic sans complaisance, de définir, par une réflexion menée avec l'ensemble de la branche, les chemins de son devenir pendant les trois ou quatre années suivantes. Quoique cela puisse paraître surprenant, une telle opportunité n'existait pas jusqu'à présent : si les caisses négociaient des budgets pluriannuels avec l'État, cette négociation portait exclusivement sur les moyens mais non sur les objectifs ; si les caisses préparaient des schémas directeurs ou plans d'action dans certains domaines (informatique, action sociale), ceux-ci ne couvraient qu'un aspect de la gestion des caisses. Il y a donc bien un exercice nouveau par sa cohérence et sa globalité, autorisant l'appropriation d'une stratégie par l'ensemble de la branche et engageant celle-ci dans une démarche permanente de mutation, d'adaptation à son environnement. La convention est un élément de dynamique, de lutte contre l'immobilisme.

Cette stratégie est fixée dans un document public : c'est de toute évidence un élément puissant de communication interne vis-à-vis de l'ensemble des agents, à l'instar de tout plan d'entreprise. C'est également un élément externe. D'ici quelques années, il faut espérer que lorsqu'un observateur - ou le simple citoyen - voudra connaître les engagements de la branche famille ou du recouvrement, sa référence sera « la COG ». Par la COG, une branche s'affiche, avec ses forces, ses faiblesses, sa capacité à arrêter une stratégie ou en revanche ses difficultés à affirmer des priorités. Avant même le suivi d'une COG, la lecture d'un tel document est révélatrice de celle-ci.

Cette stratégie s'inscrit dans la durée : il s'agit d'un exercice pluriannuel dont le terme est d'au moins trois ans, selon l'ordonnance du 24 avril 1996. Sans avoir l'ambition - irréaliste, vu la rapidité des mutations économiques, sociales et technologiques - d'une planification, cet horizon qui dépasse le cadre annuel vise à permettre une continuité de l'action et également à se

donner les moyens de mettre en place les différents maillons du système : définition de stratégie, mise en œuvre, évaluation, redéfinition d'une nouvelle convention au regard de l'évaluation de la précédente.

3. Une programmation de moyens et d'actions

La convention n'est pas destinée à être un catalogue de bonnes intentions, un tract publicitaire, un bréviaire pour gestionnaires en mal de référence : elle se veut le lieu d'engagements précis, concrets et mesurables. Pour être opérationnelles les options stratégiques doivent être déclinées en actions. Ainsi il ne saurait suffire d'exprimer la volonté d'améliorer la relation avec l'utilisateur : s'agit-il de la relation téléphonique ? S'engage-t-on à améliorer l'amplitude horaire ? À accroître le nombre d'appels qui aboutissent ? À réduire les délais d'attente ? À améliorer la satisfaction des correspondants ? Dans quels délais ? Pour combien de caisses ?

Si la convention doit être précise dans l'énumération des actions, elle l'est également dans les moyens budgétaires alloués aux caisses pour fonctionner. Si la pluriannualité pour les dotations de gestion administrative des caisses de base (le fonds national de gestion administrative) n'est pas une nouveauté, en revanche cette pluriannualité est étendue à l'établissement public et aux autres budgets gérés par la branche : action sociale, contrôle médical, prévention.

Cette souplesse accrue dans l'utilisation des budgets ne va pas néanmoins sans rigueur : l'exercice de loi de financement oblige à rendre compte chaque année des dépenses exécutées (et non votées) de fonctionnement des caisses. Certes le Parlement ne vote pas les dépenses de gestion administrative mais il approuve un objectif - en ayant connaissance d'une prévision détaillée, annexée à la loi de financement - de dépenses pour chacune des branches. Le Gouvernement est tenu d'expliquer les écarts entre objectifs et réalisations, auxquels peuvent contribuer les dépenses de gestion. Dès lors le montant des dépenses exécutées devient un réel enjeu, alors qu'auparavant celui-ci était méconnu y compris des conseils d'administration.

La souplesse qu'inclut la pluriannualité doit donc être tempérée par le nécessaire respect de la loi de financement. Naturellement la loi de financement elle-même tiendra compte des budgets arrêtés dans les COG. La dialectique est cependant délicate tant pour les branches dont la COG n'est pas encore signée (le projet de loi de financement est arrêté début octobre alors que les COG ne sont conclues au mieux qu'en fin d'année) que pour les autres afin de traduire un budget « voté » (celui de la COG) en prévision de budget exécuté (pour la loi de financement). Rappelons que l'exercice n'est pas sans enjeu : les COG du régime général engagent plus de 40 milliards de francs par an pour les seuls budgets de gestion administrative.

4. Des indicateurs

Pour suivre l'exécution de la convention, il est nécessaire de disposer d'indicateurs qui mesurent le chemin parcouru en direction des objectifs affichés. Si de tels indicateurs sont d'ores et déjà en place en ce qui concerne les aspects quantitatifs du travail des caisses (la « production »), ils sont beaucoup plus balbutiants et délicats à mettre en œuvre concernant la qualité et la gestion du risque. Tant la définition que la mesure fiable et homogène d'indicateurs qualitatifs posent question. Néanmoins des réponses existent notamment par la mise

en place d'enquêtes normalisées et récurrentes auprès des usagers - la capacité des caisses nationales à mettre en place rapidement une batterie d'indicateurs précis et couvrant l'ensemble de la gestion sera un signal important de la modernisation de leur gestion.

5. Une évaluation

Les indicateurs ne constituent pas l'évaluation : ils l'autorisent. Tout indicateur demande à être interprété, analysé, mis en perspective. Un indicateur décevant peut être dû à des facteurs externes, à un historique de la caisse difficile à remettre en cause, voire à une pertinence limitée de l'indicateur lui-même. Il demande à être confronté à d'autres indicateurs. Bref, autant le caractère nécessairement frustré des indicateurs ne saurait être une raison pour ne pas les mettre en place autant ils nécessitent une lecture attentive, qui les utilise sans en être l'otage : l'évaluation.

C'est sans doute le point le plus novateur du dispositif. En effet culture et processus d'évaluation sont quasiment ignorés de la Sécurité sociale, qu'il s'agisse d'évaluation des caisses, des politiques ou de ceux qui les mettent en œuvre, la seule exception - à la fois notable mais très imparfaite de par son absence de formalisation de critères et son caractère peu sélectif - étant l'établissement de la liste d'aptitude des agents de direction.

L'évaluation n'a jamais été mise en œuvre faute de définition d'objectifs. Sans objectifs, il est difficile d'évaluer les résultats. La démarche convention/contrat de gestion/actions/indicateurs est le préalable à l'évaluation qui est un élément clé de « bouclage » du dispositif.

De plus faisaient défaut des instances légitimes et compétentes d'évaluation. Ni les caisses nationales, ni l'État ne se sont donnés les moyens jusqu'ici de mener à bien un processus permanent d'évaluation. Tel est le défi aujourd'hui proposé aux services déconcentrés de l'État, les DRASS. En effet, la mise en œuvre d'un processus d'évaluation repose sur la capacité des DRASS à muer d'autorité tutélaire en instance d'évaluation des hommes, des caisses et des politiques (3).

Ceci suppose la mise en place d'un véritable pilotage de l'évaluation au niveau national, associant la direction de la Sécurité sociale et l'IGAS, la conception d'outils d'évaluation - tableaux de bord, grilles d'analyse - la mise en place de formations adaptées, un véritable investissement des directeurs régionaux en la matière enfin.

De cette évaluation doivent sortir des synthèses qui alimenteront tant les conseils de surveillance que la préparation des nouvelles conventions d'objectifs et de gestion. La boucle est ainsi bouclée : l'évaluation nourrit le nouveau pacte associant État et caisses pour les années à venir.

Cette architecture qui organise le mariage de deux concepts pivots : contractualisation et management par objectifs, afin de créer les synergies indispensables à assurer le service public attendu de nos concitoyens est indéniablement ambitieuse. Est-elle réaliste ?

La première mise en pratique peut nous éclairer.

II. — LES CONVENTIONS À L'ÉPREUVE D'UNE PREMIÈRE NÉGOCIATION

La première génération de conventions d'objectifs et de gestion a vu le jour en 1997 : les conventions des branches maladie, famille, vieillesse et recouvrement

ont été signées aux mois d'avril et de mai 1997. On notera que manquent à l'appel les conventions des régimes de non-salariés (CANAM, ORGANIC, CAN-CAVA) dont le premier exercice a été programmé pour 1998. De plus les conventions « recouvrement » et « vieillesse » sont de vraies fausses conventions, conclues à titre intérimaire pour seulement un an.

Quel bilan peut-on tirer de ce premier exercice, bilan naturellement très provisoire ? Si l'exercice a fonctionné de façon satisfaisante pour une première expérience, il a montré les conditions nécessaires à sa réussite pérenne qui ne sont pas encore toutes réunies.

1. Un exercice réussi

Premier élément positif : conformément au calendrier envisagé, quatre conventions ont été conclues au cours du premier semestre 1997. Un an après les ordonnances d'avril 1996, les conventions sont devenues une réalité.

Bien évidemment, elles sont imparfaites au regard des ambitions énoncées ci-dessus, voire incomplètes pour certaines d'entre elles. Ainsi la convention maladie renvoie à des avenants les budgets pluriannuels concernant la prévention ou l'action sociale ainsi que la définition des indicateurs.

Néanmoins, on y trouve des lignes de force, plus ou moins affirmées selon les branches, et un certain nombre d'engagements précis, là encore inégaux. Mais au delà du contenu même des conventions, ce qui frappe c'est la naissance d'une dynamique suscitée par l'exercice.

Tout d'abord, on notera que contrairement à d'autres aspects des ordonnances d'avril 1996 - y compris sur les sujets de gestion comme la composition des conseils ou la carrière des agents de direction - la novation que constituent les conventions n'a pas fait débat. D'emblée, le concept a été adopté, vraisemblablement parce qu'il répondait à une attente des gestionnaires et des administrateurs, soucieux d'une clarification des responsabilités, d'une recherche de synergie et d'une meilleure lisibilité des objectifs.

En dépit de la brièveté des délais, certaines branches - la branche famille notamment - se sont rapidement impliquées pleinement dans l'exercice, non seulement au niveau national mais également local.

De plus, la discussion des projets de convention fut l'objet de discussions nourries au sein des conseils d'administration, contribuant à donner une vitalité à ces conseils que n'avaient pas toujours leurs prédécesseurs dont le mandat s'est achevé à la mi 1996. Même des administrateurs de caisses nationales n'approuvant pas le projet final ont reconnu la qualité et l'intérêt du débat, qui a permis aux administrateurs de se pencher sur les questions de fond de leur branche. Il n'est pas

(3) Dans ce domaine comme dans d'autres, la loi du 27 juillet 1994, comme l'a souligné très justement Rolande RUELLAN - *Droit social* - septembre-octobre 1996 - a joué le rôle de matrice. Elle affirme dans son article 18 (L 153-10) : « L'autorité compétente de l'État exerce sur les organismes de Sécurité sociale un contrôle destiné à évaluer l'efficacité de l'action de ces organismes et à mesurer leurs résultats au regard des objectifs fixés par eux-mêmes et par l'État ».

douteux que s'ils savent utiliser à bon escient cet espace de dialogue, les administrateurs verront dans les conventions un moyen privilégié d'asseoir leur mission d'orientation et de contrôle, tout en respectant le rôle propre des gestionnaires.

Pour autant, ces signaux favorables ne doivent pas cacher que des obstacles redoutables attendent encore la démarche « convention ».

2. Un essai à transformer

Si les différents acteurs des conventions sont sans réticences par rapport à la démarche, ils doivent encore se donner les moyens de l'assumer.

Réussir les conventions suppose en premier lieu que l'État se transforme : qu'il devienne négociateur, évaluateur et inscrive davantage son action dans la durée.

Négocier suppose l'acceptation de compromis, l'abandon de telle exigence pour faire accepter une autre, la pondération de telle formulation... ceci suppose que l'État s'organise pour être en état de négociation, c'est-à-dire qu'il délègue à un représentant identifié le pouvoir de négocier. En effet, on négocie très mal à plusieurs voix : tel est le danger qui guette l'État, entre les autorités Administratives et le cabinet du (ou des) ministre, le ministère du Budget et celui des Affaires sociales... D'ordinaire, les divergences entre les différents ministères sont tranchées par la procédure d'arbitrage.

Le processus de négociation exclut l'arbitrage, sauf à interrompre celle-ci au moindre choix. Pour l'État, l'exercice des conventions suppose donc de modifier ses méthodes de travail : dans un premier temps une large concertation doit avoir lieu afin d'obtenir un mandat de négociation, dans un deuxième temps, la négociation doit être déléguée à une autorité qui doit rendre compte périodiquement au pouvoir politique. Cette procédure a été du reste affirmée lors des travaux sur la réforme de l'État menés au ministère des Affaires sociales sous l'égide de M. Vallemont (sous-groupe Michel Laroque). On notera également que ce travail de négociation suppose, tant pour organiser et synthétiser les contributions des différents services, que pour suivre la négociation elle-même un minimum de moyens, actuellement très réduits, dans les services concernés du ministère des Affaires sociales.

L'évaluation est un autre défi proposé à l'État qui lui aussi exige de modifier les méthodes d'organisation et de travail. Tout d'abord, dans les relations entre administration centrale et administration déconcentrée : habituées à vivre chacune de façon assez autonome, elles vont devoir renouer un lien étroit pour mettre en œuvre le pilotage et la remontée de cette évaluation. Défi également pour l'organisation interne des services déconcentrés qui vont devoir se recentrer sur cette nouvelle mission, plus riche mais plus exigeante que celles qu'ils exerçaient jusqu'ici.

Le dernier défi, et sans doute le plus délicat pour l'État, est de s'imposer la constance qu'exige la convention, d'incorporer ces engagements de moyen terme dans sa politique. La durée de vie de la convention représente un compromis entre le temps du gestionnaire qui revendique le « temps long » pour mener à bien ses projets - un projet informatique d'envergure peut demander une dizaine d'années entre sa conception et la généralisation de sa mise en œuvre - et le temps du politique, beaucoup plus accéléré, surtout depuis le

début des années 90 où la durée de vie d'un gouvernement se rapproche de ce qu'elle était sous les III et IV^e Républiques (4). La difficulté de l'État sera de ne pas aller à l'encontre de la convention, mais plus encore, de ne pas improviser une partition nouvelle qui rendrait le cadre conventionnel désuet. Des variations oui - les avenants sont faits pour ça - des dissonances non !

Du côté des caisses la première difficulté vient de la nécessité de définir une stratégie cohérente : les caisses nationales ne sont pas nécessairement habituées à prendre le temps d'une réflexion construite et partagée entre les différents services pour déboucher sur une vraie stratégie. Il leur faut également accepter la règle du dialogue avec l'État, ce qui n'a pas toujours été la culture de l'institution. Il faut encore se donner les moyens de négocier avec chacune des caisses de base son contrat propre, ce qui exige des structures *ad hoc* et une grande disponibilité. Il faut bâtir des conventions qui soient réellement opérationnelles et non pas une logorrhée autoccomplaisante. Il faut enfin accepter réellement la logique de l'évaluation, c'est-à-dire un jugement extérieur qui ne soit pas un satisfecit permanent et généralisé : la transparence n'est pas opposée à l'autonomie, elle en est la condition *sine qua non*.

*
* *

Autant dire que rien n'est sûr. Au deuxième semestre 1997, il est encore trop tôt pour prédire si la greffe « conventions » va prendre et réussir à modifier en profondeur la Sécurité sociale. Ce qui est certain c'est que l'échec serait lourd de conséquences. À côté des réformes du financement et de la maîtrise de la dépense, la réforme de la gestion constitue le troisième volet indispensable de la modernisation et de la sauvegarde de la Sécurité sociale. Elle répond à la conviction profonde que l'avenir de la Sécurité sociale ne dépend pas en premier lieu de telle ou telle mesure générale, « imposée d'en haut », et dont l'effet sur les comptes n'est souvent qu'éphémère mais bien de la capacité du système à trouver en lui-même les moyens de son autorégulation et de la performance : telle est la véritable ambition de l'architecture conçue autour des conventions, réforme certainement moins visible et moins médiatique que d'autres qui ont suscité beaucoup plus de commentaires, mais non moins importante.

Les outils sont là, mais ils ne sont rien sans la volonté des acteurs. À eux de jouer ! Si le pari du partenariat, des responsabilités définies et partagées, de la démarche d'objectivation des résultats devait être abandonné ou - ce qui revient au même - considéré comme marginal, nul doute que ce serait la Sécurité sociale elle-même qui serait perdante.

En revanche si le pari est gagné, la Sécurité sociale pourrait apparaître comme précurseur d'un nouveau mode de fonctionnement de l'État avec ses partenaires fondé sur la négociation plus que sur le pouvoir régalienn, contribuant à refonder par un nouveau contrat social une démocratie sociale apaisée et réaffirmant la légitimité et la capacité d'adaptation du service public ■

(4) En 1997, le ministère des Affaires sociales connaît son 7^e ministre depuis 1990 : Martine AUBRY après Jacques BARROT, Elisabeth HUBERT - Colette CODACCIONI, Simone VEIL, René TEULADE, Jean-Louis BIANCO, Claude EVIN...