

DÉPENSES SOCIALES

LE SURCÔÛT DE LA SÉCU

Évoquer ce sujet est presque une provocation tant la France est fière de son modèle social. Sauf que les prestations de protection sociale représentent 621 milliards d'euros, environ le tiers de la richesse produite. Et surtout ces dépenses ont connu un coup d'accélérateur ces 10 dernières années. Or, le contexte budgétaire est plus délicat que jamais, nos engagements vis-à-vis de nos partenaires européens nous obligent à faire un inventaire honnête et exhaustif de notre modèle social et de poser la question qui fâche : « *Où couper ?* » La Fondation iFRAP part d'un constat simple : notre modèle social est excessivement complexe. Si déjà on osait s'attaquer à cette galaxie sociale composée de centaines de caisses avec leurs milliers d'administrateurs issus du paritarisme, on parviendrait sans doute à impulser sur le territoire une politique sociale plus cohérente, plus efficace et plus économe en deniers publics. La plupart des connaisseurs du dossier répondront qu'il n'y a quasiment rien à économiser sur le coût de gestion des organismes paritaires. Le rapport Perruchot a d'ailleurs chiffré à « seulement » 160 millions d'euros le coût des remboursements de frais des administrateurs et autres déplacements des différents organismes. 160 millions d'euros qui masquent un surcoût de gestion évalué par la Fondation iFRAP à 6,24 milliards d'euros par rapport à l'Allemagne (1,46 % du PIB face à 1,14 % pour les Allemands). En choisissant, comme pour les Urssaf, de ne conserver qu'une caisse d'assurance-maladie ou d'allocations familiales par région, de limiter le nombre d'administrateurs à 10 maximum, de fusionner la Cnav, l'Agirc et l'Arcco et l'Ircantec, ces 6,24 milliards d'économie en volume sont atteignables en 4 ans (un peu plus de 4 milliards en valeur). Explications.

ÉTUDE RÉALISÉE PAR PHILIPPE FRANÇOIS ET SANDRINE GORRERI AVEC LA COLLABORATION DE CHARLOTTE UHER ■ ■ ■

Le dossier de la Fondation iFRAP consacrée aux dépenses sociales a été réalisé en deux parties. Le suivant, intitulé « *Dépenses sociales : les prestations passées au crible* », sortira en janvier 2013. Une présentation inhabituelle qui explique le retard dans la préparation de notre publication.

1 | Panorama des dépenses sociales

France : prestations de protection sociale en milliards d'euros (2010)¹

Vieillesse	Maladie	Famille	Emploi	Invalidité, accident travail	Logement ²	Pauvreté	Total
278	170	56	43	43	16	15	621

1 ■ Document de la DREES : « La protection sociale en France et à l'étranger », n° 170, juin 2012, p. 12.

2 ■ Aides directes aux particuliers seulement, le total des subventions directes et indirectes (taux réduit de TVA, exonération de taxe foncière – HLM –, exonération fiscale du livret A...) est de 40 milliards d'euros.

3 ■ Rapport DREES, 2010, p. 74 et 75, données Eurostat.

4 ■ Rapport DREES, 2010, p. 25.

5 ■ Rapport 2012 de la Cour sur la Sécurité sociale, p. 5.

■ Pour leur protection sociale, les Français dépendent plus, en % du PIB, que les citoyens de tous les autres pays³ européens, sauf le Danemark : 33,4 %, France : 33 %, Suède 32,1 %, Allemagne 31,3 %, Italie 29,8 %, Royaume-Uni 29,5 %.

■ En pourcentage du PIB, ces dépenses ont doublé depuis 1963 soit en deux générations, passant de 16 à 33 %.

■ Si la France lui consacrait un pourcentage identique à celui de l'Allemagne, la France dépenserait 34 milliards d'euros de moins (2000 milliards d'euros de PIB x 1,7 % = 34 milliards d'euros), un montant similaire au déficit annuel de notre système de protection sociale.

■ Pour gérer notre système de protection sociale, les frais d'administration sont officiellement de 33 milliards d'euros (35 milliards en réalité). À titre de comparaison, pour 2010, l'IRPP a représenté 47 milliards d'euros, l'impôt sur les sociétés 33 milliards.

■ L'enquête de la DREES montre que 65 % des Français estiment que notre système de sécurité sociale coûte trop cher, une opinion bien au-dessus de la moyenne des opinions dans les autres pays européens (53 %)⁴.

Il y a donc un problème, et l'exemple des pays étrangers montre qu'il existe des solutions en agissant sur une ou plusieurs de ces causes :

■ soit le niveau des prestations dépasse les capacités de l'économie française,

■ soit les fraudes sont trop importantes,

■ soit les prestations sont trop complexes à gérer ou les gestionnaires pas assez efficaces.

Un avis conforté par la Cour des comptes : « La Cour met en lumière des marges de manœuvre substantielles à tous niveaux, à dimension des efforts certes de grande ampleur, mais en aucun

cas hors de portée, qui sont indispensables pour une consolidation financière rapide et pérenne des comptes sociaux »⁵.

Avant de baisser les prestations, il est nécessaire de s'assurer que l'on a optimisé leur système de distribution.

Dépenses de fonctionnement en pourcentage du PIB (2010)

France	1,466
Pays-Bas	1,415
Irlande	1,220
Allemagne	1,142
Union européenne 27	0,889
Italie	0,782
Suède	0,544
Espagne	0,515
Grèce	0,944
Belgique	0,926
Danemark	0,855
Finlande	0,827
Autriche	0,501
Norvège	0,489
Portugal	0,479
Royaume-Uni	0,446

Ramener en cinq ans le coût de distribution de ces aides au niveau de l'Allemagne constitue une première étape nécessaire, moralement justifiée et efficace, qui permettrait de diminuer de plus de 6 milliards le coût de gestion de notre système de protection sociale.

Tableau récapitulatif de la protection sociale

Montants en millions d'euros	Régime général	Régimes spéciaux et fonds	Régimes non salariés	Complémentaires retraites	Chômage	Mutualité et Prévoyance	Collectivités locales	Associations	Total
Frais de gestion	10 209	2 534	1 734	2 537	3 997	7 395	2 000	1 000	31 406
Frais financiers	266	2 634	15	64	92	733	-	-	3 804
Total	10 475	5 168	1 749	2 601	4 089	8 128	2 000	1 000	35 210
Nombre de salariés	160 000	5 600	21 900	9 000	45 500	15 000	40 000	20 000	317 000

Le décompte des salariés de ces structures est un exercice difficile : selon un rapport de la DGAFP, les organismes de protection sociale représentent 200 000 salariés auxquels il convient d'ajouter ceux affectés à la gestion dans les CCAS, les associations, les mutuelles, etc. Pour parvenir à l'objectif de baisse des

frais de gestion de nos systèmes sociaux, il faut viser **une refonte drastique de l'organisation** des systèmes de protection sociale, **une simplification des règlements en place** et **une amélioration de la productivité de ces organismes**, ce qui conduira inévitablement à **s'interroger sur la performance du paritarisme**.

2 Simplifier l'organisation

Autant le dire tout de suite, notre système social est complexe, une complexité source d'une inflation continue de son coût de gestion. Pour essayer de définir le périmètre des dépenses sociales, il faut distinguer plusieurs strates qui sont autant d'acteurs :

- la Sécurité sociale : régime général ainsi que les autres régimes obligatoires de base (427 milliards d'euros) et les régimes spéciaux, régimes agricoles, régime des non-salariés plus les fonds concourant à son financement FSV, Cades : cet ensemble est soumis au PLFSS ;
- les retraites complémentaires (74 milliards) et régime d'assurance chômage (30 milliards) ;
- viennent ensuite les régimes d'intervention sociale des administrations publiques financés par l'impôt et qui couvrent les prestations de solidarité (logement, handicap, pauvreté, etc.). Ces dépenses représentent 58 milliards qui se partagent entre l'État et les collectivités locales et les 19,5 milliards de dépenses des associations (ISBLSM dont les financements proviennent quasi exclusivement de fonds publics) ;
- enfin, s'ajoutent les régimes privés d'employeurs, les régimes de prévoyance, de retraites supplémentaire et de mutualité (13+30 milliards).

Une organisation alourdie par son histoire

Mais son organisation comprend un raffinement supplémentaire : le système bâti en 1945 suivant une conception définie par le Conseil national de la résistance au nom de la justice sociale pour « *apporter la garantie à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes* » a été mis en place sur les bases de différents systèmes d'assurances et de prévoyance, selon des filières professionnelles ou géographiques. Ce système qui devait être unique va, dès son origine, conserver des régimes à part, des régimes spéciaux, certaines professions ayant refusé d'intégrer le régime général, leur régime étant plus généreux. Autre caractéristique du système, la création des caisses locales en 1945 a précédé celle des caisses nationales en 1967 par les ordonnances Jeanneney, et l'articulation entre niveau national et niveau local est loin encore d'être efficace même si un pilotage national se met en place, notamment sous la pression de l'État grâce aux conventions d'objectifs et de gestion (COG).

En termes de caisses, on compte ainsi au niveau national :

■ la Cnav, la Cnam, la Cnaf, chaque caisse couvrant un risque et l'Acosse en charge du recouvrement;

■ l'Ucanss qui est la fédération d'employeurs du régime général de Sécurité sociale;

■ la Caisse nationale du RSI pour les indépendants et la caisse centrale de la MSA pour les agriculteurs et les salariés agricoles.

Au niveau local:

■ 102 Caisses d'allocations familiales,

■ une Caisse commune de Sécurité sociale de Lozère,

■ 4 Caisses générales de Sécurité sociale dans les Dom et une Caisse de Sécurité sociale à la Réunion,

■ 101 Caisses primaires d'assurance-maladie,

■ 22 Urssaf,

■ 35 caisses départementales de MSA.

Au niveau régional, on compte:

■ 15 Carsat en plus de la Cramif qui sont les centres de paiement des retraites Cnav,

■ 13 Ugecam (gestion des établissements sanitaires et de soins de l'assurance-maladie),

■ 30 caisses régionales de RSI.

Ces caisses doivent gérer 28 régimes de base (salariés du privé, non titulaires de l'État, fonctionnaires, EDF, etc.) en plus de la Cnav, de la Cnam et de la Cnaf. Et cela ne tient pas compte des prestations complémentaires obligatoires. Car, à ces structures s'ajoutent de multiples caisses Arrco et Agirc qui gèrent les retraites des cadres et des non-cadres : malgré de récentes fusions, quatorze groupes de protection sociale (ex. : AG2R La Mondiale, Humanis, Malakoff Médéric, opérant elles-mêmes dans le secteur concurrentiel) gèrent 41 caisses (ex. : Ciresa, Iricasa, ACGME...).

À l'origine, ces différentes caisses étaient organisées par branche avant de devenir obligatoires : aujourd'hui, c'est une fausse concurrence qui a été définie pour partager le marché entre ces caisses afin de leur conserver une activité, tout en fournissant des services strictement identiques. Toutes ces structures sont aujourd'hui dans une situation d'équilibre financier difficile qui impose des transferts entre régimes de base et des régimes de base vers les régimes spéciaux, ce qui ajoute à la complexité du système.

3 Simplifier les réglementations : pour plus de justice et plus d'efficacité

Aux myriades d'acteurs, de caisses et de niveaux décrits plus haut s'ajoute un deuxième facteur de coût du système : l'extrême complexité de la réglementation sociale. Cette complexité est source d'injustice pour le contribuable comme pour l'allocataire : pour le contribuable, ce sont les fraudes estimées à 20 milliards d'euros par an, y compris la perte de recettes sociales liée au travail au noir. Pour les allocataires, ce sont les prestations auxquelles ils auraient pu avoir droit et qu'ils ignorent faute d'une certaine lisibilité du système.

Des Caf de plus en plus en charge des minima sociaux

Les Caf sont un parfait exemple de la dérive réglementaire du système de protection sociale. Le réseau des 102 Caf est au cœur d'un énorme système de redistribution. Sur 62 milliards

d'euros en métropole de prestations, il s'agit en fait de moins en moins de prestations familiales *stricto sensu*, mais de prestations de solidarité que l'État a déléguées aux Caf : on compte parmi les plus importantes l'allocation adulte handicapé (AAH), le Revenu de solidarité active (part activité), les aides personnelles au logement (APL). Au total, ces « autres » prestations représentent aujourd'hui près de 45 % des prestations versées par les Caf.

Or, ces prestations sont très compliquées à gérer, particulièrement s'agissant des minima sociaux : la MECSS de l'Assemblée nationale qui s'est penchée sur l'organisation et les coûts de gestion des branches de la Sécurité sociale en 2005 a fait le constat suivant : « *La présidente de la Cnaf évoque ainsi le chiffre de 18000 règles de droit à appliquer. Cette complexité du droit social renchérit les coûts de gestion. L'impératif de justice*

Prestations servies par les Caf 2010 (en millions d'euros)

Allocations logement	AAH	RSA	Autres prestations pour compte de tiers	Prestations légales famille	Total
11 890	6 602	8 285	1 082	34 360	62 219

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. » Les prestations sous condition de ressources mais également sous réserve de composition du foyer familial alourdissent terriblement l'instruction des dossiers et renforcent les effets de seuil (par exemple, pour le RSA et les aides au logement). Ceci tient en particulier à la diversité des situations que les prestations, toutes différentes et soumises à des règles d'attribution et de cumul, ainsi qu'à des plafonds de ressources différents, sont censées prendre en compte. En 2008, la Cour des comptes a estimé sur cinq Caf de grandes tailles le coût moyen de gestion d'une prestation logement (88 €), de l'AAH (84 €), API (206 €), RMI (171 €). Des coûts élevés en proportion des prestations servies. Par exemple, si en 2011, le montant moyen

des allocations logement est de 2 580 euros, cela donne des coûts de gestion de 3,41 %. L'explication tient au contrôle a priori et a posteriori pour délivrer ces aides.

Dans son rapport sur la fraude sociale pour l'Assemblée nationale, le député Dominique Tian cite un rapport sur l'allocation de parent isolé qui constate: « *Le contrôle de l'isolement absorbe une partie importante des ressources de la Cnaf et demeure, en dépit des tentatives d'harmonisation de la Cnaf, assez aléatoire puisqu'il s'agit d'apprécier une situation de fait difficile à cerner. Il est en outre assez mal ressenti, tant par les contrôleurs des caisses qui préféreraient substituer les contrôles par échanges de fichiers plus objectifs aux contrôles sur place, que par les allocataires qui soulignent son caractère intrusif.* » Résultat, chaque caisse d'allocations familiales caractérise la fraude à l'API selon la doctrine qu'elle s'est fixée ce qui se traduit par de fortes différences de traitement.

Définition de l'isolement dans les caisses d'allocations familiales

	Oui	Non	Ne se prononce pas	Nombre de réponses
Deux personnes vivant sous le même toit et disposant chacune de sa chambre sont-elles isolées ?	44,6 %	18,8 %	36,6 %	112

Source : Cour des comptes.

Finalement, l'émiettement des aides, les plafonds de conditions de ressources, les conditions de versement tous différents rendent le système totalement illisible et incompréhensible pour les usagers. Comme l'indique le site le-rsa.com, « aucune personne qui n'est pas professionnelle du métier ne peut raisonnablement expliquer un calcul ou faire une estimation du RSA ». **Résultat : incompréhension, erreurs mais aussi cumuls de prestations qui viennent parfois excéder le revenu des travailleurs au niveau du Smic.**

Près de 700 combinaisons différentes d'allocations sont recensées par les Caf. Fusionner les minima sociaux et aller vers un dossier et un référent coordonnateur unique sont une piste de progrès⁶. À

titre d'exemple, le regroupement des différentes allocations jeunes enfants en une seule – la PAJE – a permis d'économiser 6 millions d'euros. La responsabilité politique est forte dans cette « dentelle » d'allocations. Comme le rappelle la présidente de la Cnaf interrogée en 2005 par la MECSS: « *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.* »

Gestion des retraites

Autre exemple significatif du coût de la réglementation, ce sont les multiples caisses de retraite qui avec une ingéniosité considérable

6 ■ André Marcon, président de CCI France, à propos de la conférence nationale de lutte contre la pauvreté.

ont créé des milliers de règles spécifiques : durée de cotisation, mode de calcul de la retraite, dates de paiement, avantages conjugués, avantages familiaux, droits de réversion, retraite minimale...

Ces particularités dissimulent de fortes injustices et engendrent des coûts très importants en termes de gestion et de relations avec les assurés en activité et les retraités, notamment pour les démarches au moment du départ en retraite. Chaque Français est en moyenne affilié à 3,5 caisses obligatoires de retraite par répartition⁷. Dans le cas simple d'un cadre salarié dans le secteur privé après un passage comme non-titulaire de la fonction publique, ce nombre est de quatre : Ircantec, Cnav, Arrco, Agirc. Mais la carrière d'un nombre important de

personnes est beaucoup plus variée, passant de l'agriculture, aux professions indépendantes, au salariat, parfois simultanément. Même dans la fonction publique d'État où les enseignants de l'Éducation nationale sont majoritaires, 38 % des retraités sont polypensionnés⁸. Le Conseil d'orientation des retraites (COR) a montré que cette diversité est non seulement source de complexité pour les assurés et pour la gestion des caisses, mais que le calcul des retraites des polypensionnés aboutit à de nombreuses anomalies⁹.

Avec leurs six régimes¹⁰, les salariés du public ne sont pas en reste : les fonctionnaires d'État et ceux des collectivités locales sont gérés par deux régimes différents pour des prestations strictement identiques.

7 ■
COR,
« Retraites :
la situation
des polypen-
sionnés »,
28 septem-
bre 2011.

8 ■
Référence,
« Dossiers
solidarité
et santé »,
n° 32,
août 2012.

9 ■
COR,
« Retraites :
la situation
dans poly-
pension-
nés »,
28 septem-
bre 2011.

10 ■
Fonction-
naires d'État,
fonctionnai-
res des
collectivités
locales et
hospitaliers,
ouvriers de
l'État, RAFF,
Ircantec,
militaires.

La fraude aux prestations sociales : un phénomène largement lié à la complexité de la réglementation sociale

Les estimations sur la fraude aux prestations sociales varient considérablement : un rapport parlementaire sur la lutte contre la fraude sociale de Dominique Tian (juin 2011) les a évaluées à 20 milliards d'euros par an, y compris les fraudes aux cotisations occasionnées par le travail au noir. Xavier Bertrand, ministre de la Santé, les avait estimées de son côté à près de 4 milliards d'euros pour les seules prestations sociales alors que la Cour des comptes situait ce montant entre 2 et 3 milliards par an pour le régime général. La fraude détectée réellement par les caisses de Sécurité sociale s'élevait à 458 millions d'euros.

Dans son rapport, Dominique Tian dresse un constat sévère : « *La politique de lutte contre la fraude menée par les caisses nationales reste encore peu efficace, les outils dont sont dotées les caisses locales sont insuffisants et les contrôles exercés sur les assurés et les entreprises peu nombreux.* » Citant en exemple la vérification des conditions de résidence, de ressources ou de vie commune, Dominique Tian évoque un facteur essentiel selon lui de développement de la fraude sociale : « *Le caractère complexe des dispositifs applicables facilite, la mission en est convaincue, la tâche des fraudeurs.* »

Pour parer à cette difficulté, un Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) a été mis en place : il regroupe les prestations de 96 organismes et recueille les données de la Sécurité sociale et d'autres caisses. En entrant le numéro de Sécurité sociale, les agents doivent récapituler toutes les prestations d'un assuré et détecter les anomalies, comme le versement de deux prestations incompatibles. Un fichier qui a souffert d'un certain retard, notamment en raison des barrages dressés par la Cnil et du retard de coordination des caisses à mettre en œuvre ce fichier commun.

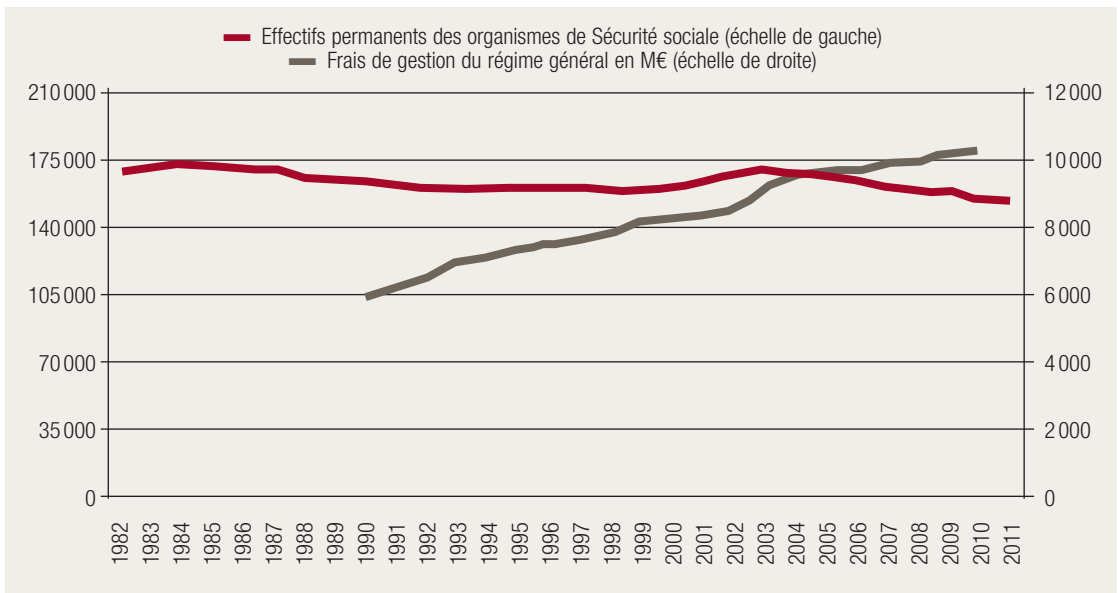
4 Améliorer la productivité du système

15

Les responsables du régime général sont très fiers d'affirmer que leurs coûts de gestion sont inférieurs à ceux d'un certain nombre d'établissements privés ou même d'administration publique (les cotisations sociales ont un coût de recouvrement inférieur à celui des impôts 1,6 % contre 0,33 %). Hors secteur concurrentiel, la mesure de l'efficacité est rendue complexe par le manque de comparaison. La productivité des organismes de protection sociale a-t-elle augmenté, notamment par la baisse du nombre de salariés qui en représente une part très importante ?

Le coût de gestion global brut en % des prestations ou cotisations

2010	
Maladie Cnam-TS	3,98 %
Famille Cnaf	2,56 %
Retraite Cnav	1,16 %
Recouvrement Acof	0,33 %



Comme on peut le voir sur ce graphique, la baisse tendancielle des effectifs a été en partie freinée par la mise en place des 35 heures qui s'est traduite par de fortes embauches dans les caisses de Sécurité sociale. Ces embauches étaient nécessitées par de nombreux accords locaux dans les caisses concernant le temps de travail déjà plus favorable que les 35 heures. Ces usages locaux n'ont visiblement pas été remis à plat à l'occasion de la négociation sur la réduction du temps de travail et la Cour

des comptes dans un rapport de 2010 relève 12 jours supplémentaires non travaillés à l'Acof ou 7 à la CMSA de Carcassonne¹¹.

Aujourd'hui, ce sujet est à nouveau en débat : toutes ces structures opèrent, sous l'impulsion de l'État, une rationalisation de leur réseau car ces différentes structures ont toujours eu une très forte autonomie de gestion. La départementalisation leur est imposée, qui prévoit une seule caisse par département (par exemple, on comptait encore récemment 123 Caf en métro-

11 ■ Source : « L'absentéisme maladie dans les caisses de sécurité sociale », Cour des comptes, 2010, p. 162.

pole) remet en cause les accords locaux sur le temps de travail négociés au niveau de chaque caisse : la mutualisation impose une renégociation, et les accords doivent alors être entérinés par l'Ucanss. Ce qui fait grincer des dents les syndicats. C'est le cas par exemple dans les Urssaf qui sont aujourd'hui les plus avancées dans ce processus, qui prévoit 22 agences, une par région d'ici 2013, contre 74 actuellement. Les contestations sont fortes, alors que le recouvrement est une activité qui peut être fortement standardisée d'autant que les déclarations sont maintenant groupées pour les cotisations Urssaf et Unedic et se font par Internet. Mais l'on mesure la difficulté liée au climat social lorsque le gouvernement déclare « *qu'aucune mobilité forcée n'a été imposée* ». Cette mise en ordre est difficile : dans son chapitre sur la départementalisation, le rapport d'activité de la Caf de Seine-Maritime rappelle que le département comptait 4 caisses (Rouen, Elbeuf, Dieppe, Le Havre). Mais elle explique qu'elle conservera un siège social au Havre et un siège administratif à Rouen... Ce qui est loin d'être rationnel !

La réduction des effectifs a néanmoins repris depuis 2004, mais elle n'a pas été mise en œuvre partout de la même façon. Ainsi, depuis 1998, en 13 ans, le nombre de salariés de la Cnam-TS n'a baissé que de 7 %¹² au lieu des 30 % qui auraient été logiques et nécessaires. L'argument de la Cnam-TS laisse perplexe : « *Il est toutefois exact que la Cnam-TS a préféré, dans un premier temps, privilégier le redéploiement de personnels vers des missions d'avenir – comme l'amélioration de la qualité de service (...) plutôt que la baisse des effectifs.* » De la même façon, alors que l'État anticipe une baisse de 5 % des effectifs pour les années 2010-2013, la Cnav anticipe une charge de travail plus lourde en raison de l'augmentation des départs en retraite, alors même que le pic des départs est déjà passé.

Un statut privé privilégié

Les salariés des organismes de protection sociale ne sont ni fonctionnaires ni contractuels de la fonction publique, mais sont des salariés de droit privé, régis par un statut datant de 1957 et régu-

lièrement amélioré. En pratique, leur statut est très proche de celui de la fonction publique, sauf en ce qui concerne le régime de retraite : progression de carrière largement à l'ancienneté et une quasi-garantie de l'emploi à vie. Mais la contrainte la plus sévère semble être l'impossible mobilité des personnels qui font que ces structures sont incapables d'évoluer au rythme des besoins et des technologies. Un problème récurrent qui plaide pour une vigoureuse politique d'externalisation au moment où les offres de « *clouds* » privés et publics se multiplient.

Ce statut explique sans doute que l'absentéisme y soit plus fort que dans le secteur privé : entre autres avantages, les salariés des organismes de protection sociale n'ont aucun jour de carence et sont donc payés dès le premier jour d'arrêt. Ceci explique un taux d'arrêt maladie de 128 % supérieur à celui des salariés du privé.

Rapport de la Cour des comptes ¹³	Secteur privé	Organisme SS
Nombre d'arrêts maladie par an	3,46	7,94

On est donc dans la situation où les personnes chargées de gérer et de contrôler les arrêts maladie du privé... ne sont eux-mêmes pas soumis aux mêmes contraintes. Ce sont d'ailleurs les salariés de la Cnam dont le taux d'absentéisme est le plus élevé parmi tous les organismes de la Sécurité sociale. Le comble est que, quand un jour de carence a été imposé dans la fonction publique en 2011, les salariés des organismes de Sécurité sociale ont réussi à échapper à cette règle. Dans les Caf, le taux d'absentéisme maladie (nombre de jours d'arrêt rapporté au nombre d'heures travaillées) varie du simple au triple : 3,64 % dans la Creuse à 8,33 % à Paris (rappel : l'absentéisme maladie du régime général est de 4,95 en 2010 contre 4 % dans le privé) ! Les Caf décomptent également un absentéisme global qui prend en compte tous les motifs d'absence des congés, à la formation, aux heures de délégation ainsi que les arrêts maladie : toutes causes confondues, on arrive à 27,82 % d'absences dans la Haute-Garonne pour un effectif de 617, soit un quart du personnel absent pour une raison ou

12 ■ Document Assurance-maladie : évolution des effectifs.

13 ■ Cour des comptes, rapport sur la Sécurité sociale 2010, p. 165.

une autre. Dans les CPAM, l'absentéisme maladie était de 5,51 % en 2010 au niveau national, avec 7,6 % en 2011 dans le Vaucluse.

Un tel absentéisme est d'autant plus choquant que les salariés de ces organismes disposent de congés importants en plus des 5 semaines légales: au moins 3 jours de congés dits « locaux », 1/2 jour par 5 ans d'ancienneté, 2 jours par enfant de moins de 15 ans, 3 à 5 jours pour congés fractionnés, sans compter 12 jours pour soigner un enfant malade de moins de 11 ans (6 jours après 11 ans).

Salaires: les salariés de ces structures perçoivent un treizième mois en fin d'année et un demi-mois à l'occasion des vacances d'été (comme les fonctionnaires en Grèce).

Conséquence de cette organisation: les résultats en matière de productivité sont loin d'atteindre les objectifs fixés par l'État et ceux que l'on pourrait théoriquement attendre.

Résultat exclusif de l'enquête iFRAP

■ « *Les organismes de Sécurité sociale peinent à réduire les écarts de productivité entre caisses locales* »: cette affirmation lapidaire émane du rapport de l'IGAS de 2009 sur la modernisation de la gestion des organismes de Sécurité sociale. Si ce rapport est un peu ancien, il dresse une série de constatations qui montre que l'on peut faire nettement mieux.

■ « *Dans la branche famille, selon les hypothèses retenues, la réduction des écarts entre les CAF permettrait d'obtenir une croissance de la productivité comprise entre 2,1 et 10,4 %. La même simulation conduirait à un gain de productivité compris entre 5 et 15 % pour la branche recouvrement.* »

■ *La branche maladie n'a connu aucune réduction des écarts de productivité entre ses caisses entre 2004 et 2008. L'outil principal utilisé pour réduire ces écarts a consisté à inciter les caisses les moins productives à prendre en charge de nouvelles activités, soit pour le compte d'autres caisses du réseau, soit extérieures (prise en charge des opérations de gestion d'une caisse des industries électriques et gazières par une CPAM, par exemple). Mais ni la contractualisation avec les caisses locales ni le pilotage par les effectifs n'ont*

été utilisés par la Cnam-TS, ce qui explique l'échec de la caisse nationale à réduire les écarts.

Pour ces raisons, la Fondation iFRAP a voulu mesurer directement les indicateurs de productivité au niveau de chaque caisse.

Classement des Caf: que faut-il en retenir?

La caisse nationale des allocations familiales (Cnaf), chargée de la gestion de la branche famille du régime général, a versé près de 77 milliards d'euros de prestations en 2011 à plus de onze millions d'allocataires et emploie 31 000 personnes en équivalent temps plein (métropole et Dom). Nous avons pu nous procurer des données pour 73 Caf sur 102. Ce chiffre apparemment satisfaisant cache en fait de fortes disparités: en effet, toutes les informations sont tirées du site Internet www.caf.fr; néanmoins, les données disponibles sont très variables: de pas de données du tout (Haute-Corse, Ardèche, Somme par exemple), à quelques explications essentiellement concernant la composition du Conseil d'administration (Haute-Savoie), voire des chiffres clés (Haute-Loire, Vaucluse, Charente-Maritime) à un rapport d'activité complet (Nièvre, Loire-Atlantique, Marne, Haut-Rhin, Gironde, Creuse).

Le cas le plus fréquent est la présentation du conseil d'administration qui compose la Caf: 24 personnes. Présentant le mandat à ses membres, le Medef a mis en ligne une fiche qui précise: « *En règle générale, le conseil se réunit chaque fois qu'il est convoqué par le président et au moins quatre fois par an. La fréquence des réunions est liée à l'importance de la caisse.* » Les rapports d'activité que nous avons pu consulter montrent une activité régulière – mais pas non plus débordante – des conseils d'administration, notamment dans l'animation et l'action sociale locale.

Les données les plus fréquemment publiées sont liées aux indicateurs retenus dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG), à savoir des critères liés à la qualité d'accueil: nombre de courriers reçus, de visiteurs reçus, de connexions Internet, etc. Certains poussent même le raffinement jusqu'à donner le nombre de documents édités, de copies, etc. On y trouve également les

indicateurs de lutte contre la fraude. En revanche, sur les coûts de gestion, les rapports d'activité les plus complets et les plus transparents ne sont pas légion.

Un premier coup d'œil sur les éléments retirés de ces Caf nous montre la forte dispersion d'activité : les 5 plus grosses Caf dans notre classement sont le Nord, les Bouches-du-Rhône, Paris, le

Rhône, la Gironde : sans surprise, ces Caf appartiennent à la catégorie A. Ce sont elles qui couvrent les plus gros contingents de population, la Seine-Saint-Denis, dont nous n'avons pas eu les données publiées, étant la première de toutes les Caf en population couverte (56 % de la population du département) pour la métropole et la Réunion pour les Dom (75 %).

LES CINQ PLUS GRANDES CAF DE NOTRE CLASSEMENT

	Nord	Bouches-du-Rhône	Paris	Rhône	Gironde
Prestations légales	3 126 306 253,00 €	2 131 000 000 €	1 960 824 345 €	1 769 000 000 €	1 363 139 896 €
Actions sociales	186 000 000 €	153 200 000 €	227 565 132 €	153 000 000 €	118 569 012 €
Total	3 312 306 253 €	2 284 200 000 €	2 188 389 477 €	1 922 000 000 €	1 481 708 908 €
Agents	1 581	1 215	1 137	989	837
Allocataires	529 124	389 503	403 717	346 690	274 711
Bénéficiaires	1 404 098	975 750	906 631	906 000	677 430
En % de la population	55	49	40	52	46

LES CINQ PLUS PETITES SONT LES SUIVANTES :

	Belfort	Lot	Hautes-Alpes	Corse-du-Sud	Creuse
Prestations légales	135 584 385	95 700 000 €	109 851 514 €	102 000 000 €	87 680 000 €
Actions sociales	11 098 361	44 900 000 €	9 193 067 €	7 500 000 €	4 256 000 €
Total	146 782 746	140 600 000 €	119 044 581 €	109 500 000 €	91 936 000 €
Agents	87	102	67	57	52
Allocataires	25 557	24 904	21 998	20 437	16 901
Bénéficiaires	67 151	63 160	57 955	51 975	41 284
En % de la population	47	36	42	36	33

Si une certaine logique sociodémographique est respectée, ce n'est pas forcément le cas dès que l'on rentre dans quelques indicateurs de gestion, même les plus grossiers : ainsi, en nombre d'allocataires par agent, on trouve parmi les plus efficaces : le Bas-Rhin, la Charente-Maritime, la Marne, l'Essonne, le Val-de-Marne, l'Hérault, les Landes ou les Hauts-de-Seine. On y voit donc toutes tailles de département.

En revanche, les derniers de notre classement sont plutôt des petits départements : Loire, Gard, Finistère, Côte-d'Or, Hautes-Pyrénées, Calvados, Ariège, Lot, Gers, Nièvre, Aveyron, Indre (entre 216 et 289 allocataires par agent). La typologie est à peu près la même pour les prestations versées par agent.

Cette analyse rejoint celle de l'IGAS qui dans son rapport d'évaluation de la COG de la Cnaf

pour 2005-2008 indique: « Pour analyser les écarts de coûts entre grandes et petites caisses sur la période de la COG, il est possible de répartir les Caf en 4 catégories. Les caisses les plus grosses ont plus de 250 000 allocataires, les plus petites moins de 50 000. Les résultats montrent que les caisses les moins chères ne sont pas en moyenne les plus grosses mais plutôt celles situées entre 150 000 et 250 000 allocataires. Mais ce sont les plus petites caisses qui présentent en moyenne les coûts les plus élevés. »

Quant aux coûts de gestion, même si cet indicateur est très mal renseigné, il montre de fortes amplitudes: ainsi, pour le coût de gestion pour 100 euros, on trouve en tête la Creuse avec 3,72 % suivie des Hauts-de-Seine (3,25 %), du Puy-de-Dôme (3,01 %) et des Yvelines (2,90 %) alors que la Cnaf donne un chiffre national de 2,8 %, et l'Ain, la Vendée ou le Haut-Rhin sont à 2,3 %. Une étude réalisée par la Cnaf en 2010 sur 21 caisses confirme une grande dispersion des résultats qui incite la Caisse à poursuivre sa politique de rationalisation des réseaux.

Enfin, le coût global par allocataire varie de 139,79 € pour le Val-d'Oise à 200,98 € pour la Creuse avec un chiffre au niveau national donné par la Cnaf de 157,45 €. Là aussi, on constate entre deux caisses de catégorie A, Paris et la Gironde, un écart de 8 € par allocataire. Il est difficile de se risquer à une estimation de ce qui pourrait être tiré d'une meilleure productivité, mais en alignant le coût global par allocataire sur le meilleur ratio observé dans notre échantillon, on pourrait atteindre 200 millions d'euros d'économies¹⁴.

S'agissant des dépenses d'action sociale, elles ont représenté 4,4 milliards d'euros pour les Caf en 2010. Les Caf interviennent dans de nombreux domaines:

- crèches, halte-garderie, jardins d'enfants, centres de loisirs, camps de vacances, etc.;

- assistants sociaux, conseillères en économie sociale et familiale, prévention, tutelle, aide à domicile, etc.;

- secours et prêts d'honneur, aides et soutien aux familles, avances sur prestations, prestations extra-légales, aide à l'équipement et au logement, dette énergie, etc.;

- centres sociaux, foyers de jeunes travailleurs, accueil gens du voyage, accompagnement scolaire, etc.

Les dépenses d'action sociale sont les seules sur lesquelles les élus des conseils d'administration locaux ont un vrai pouvoir de décision. D'où de nombreuses initiatives dans ce domaine, pour justifier la gestion locale et paritaire des Caf. Pour être tout à fait complet, la Cour des comptes a relevé en 2010 que la dégradation des résultats de certaines Caf était en partie liée à la mise en œuvre du RSA, qui figure parmi d'autres prestations (AAH, APL, etc.) gérées pour le compte de tiers (État, département) par la branche famille. Ces prestations représentent 60 % des allocataires et pour lesquelles en l'absence de comptabilité analytique les Caf ne perçoivent pas de compensation de frais de gestion ou des frais forfaitaires.

Les CPAM

En 2011, l'assurance-maladie a remboursé 144,8 milliards d'euros de prestations maladie pour le régime général, plus 7,8 milliards d'euros au titre des accidents du travail/maladies professionnelles. Les prestations d'action sociale ont représenté 142,4 millions d'euros de plus. Quatre Français sur cinq sont affiliés au régime général, et l'assurance-maladie compte, avec les Ugecam et la branche accidents du travail/maladies professionnelles, 89 950 agents. Au niveau local, les prestations et les relations avec les bénéficiaires sont gérées par 102 CPAM, les CGSS (Caisse générale de Sécurité sociale) en outre-mer (Guadeloupe, Guyane, La Martinique, La Réunion); l'Alsace-Moselle dispose d'un régime local particulier.

La Fondation iFRAP s'est penchée sur les comptes d'un échantillon représentatif qui regroupe un tiers des CPAM. Ces CPAM sont très diverses: leurs effectifs vont de 101 (Creuse) à 2 400 (Bouches-du-Rhône) qui gèrent chaque année entre 380 millions et 6,4 milliards d'euros de prestations. Les charges de fonctionnement par bénéficiaire s'élèvent en moyenne à 61,45 euros, avec de fortes variations (jusqu'à 74,67 € pour le Puy-de-Dôme). Dans ce cas précis, le simple retour à la moyenne per-

14 ■ Meilleure Caf: 139,79 €, soit appliqué à 11 418 000 allocataires, donne un coût global de 1 596 202 459 €, soit 201 652 017 € de différence par rapport au chiffre donné par la Cnaf.

mettrait d'économiser chaque année plus de 7 millions d'euros. La réduction des effectifs pourrait être un des leviers de ces économies, car, au vu du nombre de ses bénéficiaires, la CPAM du Puy-de-Dôme se situe bien au-dessus de la moyenne constatée dans les autres caisses (910 bénéficiaires par agent).

Gestion de l'assurance-maladie

94 % des Français sont affiliés à deux niveaux d'assurance santé, par exemple à la Cnam-TS et à une complémentaire santé. La Cnam-TS, en position de monopole et prenant en charge 90 % des remboursements, laisse très peu d'espace aux complémentaires dont les coûts sont, en pourcentage, naturellement plus élevés (10 à 20 % contre 1,3 %) : leurs charges administratives sont similaires à ceux de la Cnam pour des montants individuels 10 fois moindres¹⁵ et un nombre d'assurés 15 à 1 000 fois inférieurs.

Et ils doivent en plus recruter leurs assurés et collecter les cotisations sans disposer, comme la Cnam-TS, de la force de la loi pour le faire. Ce système à deux niveaux est inutilement complexe et coûteux. Les systèmes à un seul niveau d'assurance sont plus performants : soit avec la rusticité du monopole total comme au Royaume-Uni, soit de préférence avec le dynamisme de la concurrence au premier euro comme en Allemagne ou aux Pays-Bas. Les complémentaires santé prennent en charge 13,7 % des dépenses de soins et biens médicaux soit 30 milliards d'euros. Un système à un seul niveau éviterait le double traitement des dossiers des assurés et du remboursement de leurs soins, et diminuerait les coûts de gestion des 250 milliards d'euros de dépenses d'au moins 2 % soit 4 à 5 milliards d'euros par an¹⁶. Tout en fournissant un service plus simple et plus personnalisé aux assurés.

La complexité des régimes de Sécurité sociale en pratique

Voici le témoignage d'une femme qui a débuté sa carrière dans la fonction publique, avant de rejoindre le secteur privé (banque). Aujourd'hui, elle a démarré au Crédit agricole. Résultat : elle et son fils doivent changer de régime pour l'assurance-maladie de base (passé de la Cnam-TS à la MSA), tout ça pour une couverture à peu près similaire. Pour quelle raison ? « *On me dit que les régimes agricoles ont besoin des salariés des banques et assurances agricoles pour rester viables encore quelques années.* » Mais à quel coût ? Sans parler du fait que, si un jour elle quitte le Crédit agricole, il faudra tout refaire !

15 ■
La plus importante complémentaire, la MGEN, gère environ 3,5 millions de personnes.

16 ■
Ceci n'inclut pas les baisses de dépense beaucoup plus considérables liées au suivi des filières de soins et de leurs assurés par ces assureurs.

17 ■
Cour des comptes, rapport sur la Sécurité sociale 2010, p. 144.

Mutualisation des données : depuis toujours un chantier difficile pour la Sécu

En 1945, tous les documents étaient sous forme de papier et tous les traitements étaient locaux. Traiter les dossiers près du terrain était donc justifié. Avec l'arrivée de l'informatique puis les progrès spectaculaires des télécommunications, la donne a complètement changé. Les autres organisations ont centralisé leur informatique dès les années 1980 et travaillent déjà sur le « *cloud computing* ». En 2010, la Cour constatait que les 3366 informaticiens de l'Assurance-maladie étaient dispersés entre 150 villes ou sites et que les 2000 informa-

ticiens de la seule Caisse nationale étaient répartis dans 43 sites¹⁷, multipliant les coûts de gestion et de développement des applications. Dans son rapport sur l'exécution du budget de la Sécurité sociale 2011, la Cour des comptes indiquait à propos de l'informatique de la Cnaf : « *Elle [la Cour] a constaté une gouvernance inefficace associée à une stratégie incertaine, une trop grande dispersion des structures et des moyens, et, en conséquence, des retards préoccupants de modernisation de systèmes d'information.* » Idem à la Cnav ou à l'Acoss.

Dans leur réponse à la Cour, les responsables de la Cnam-TS et de la Cnaf indiquent une cause de dysfonctionnement : les caisses locales

sont très indépendantes et défendent le statu quo: « *Le réseau est composé d'organismes qui disposent d'une autonomie de gestion.* »

Le problème est différent, mais aussi anachronique dans les caisses de retraite complémentaire Arrco et Agirc du secteur privé. Il est déjà difficile de comprendre pourquoi existent encore deux systèmes différents pour les cadres et les non-cadres alors que les cotisations sont devenues très proches et que l'Arrco renfloue régulièrement l'Agirc pénalisée par l'augmentation rapide du plafond de la Sécurité sociale. Mais la multiplicité des caisses Arrco et Agirc est également coûteuse. Résultat: les coûts de gestion pour la Cnav selon les comptes 2011 (charges de gestion administrative rapportée au montant des prestations servies) sont de 1,3 %. Selon les comptes de l'Arrco, les charges de gestion sont de 3,72 % et les charges de gestion de l'Agirc sont de 1,82 %. C'est environ 1 milliard qui serait économisé grâce à un alignement sur les frais de gestion de la Cnav.

D'autant que les dépenses d'informatique représentent 467 millions d'euros par an et 26 % des frais de gestion¹⁸ pour construire un système informatique unique baptisé « Usine retraite ». Un développement rendu encore

plus complexe par la méthode de réalisation: les différents briques logicielles sont réalisées par différents partenaires, avec les problèmes de coordination afférents. À terme, ce ne sont pas seulement les développements des systèmes d'information qu'il faudrait fusionner mais aussi leur exploitation¹⁹.

Les régimes des salariés publics ne sont pas en reste. L'Ircantec, organisme de retraite complémentaire des non-titulaires de la fonction publique, constitue aussi un bon exemple du gâchis lié à la multiplication des régimes. La durée moyenne de cotisation à cette caisse étant de 9 ans, de très nombreux adhérents ne cotisent à l'Ircantec que peu de temps. Résultat: la moitié du million de retraités de l'Ircantec perçoivent moins de 30 euros par mois²⁰ versés annuellement. Il est typique que ce changement ait entraîné une protestation de certains syndicats, soucieux de conserver le maximum de « clients » à cette caisse justifiant son activité, ses effectifs et leurs postes. Le suivi pendant les 30 années suivantes de vie active et les 25 années de vie à la retraite de ce demi-million de personnes constitue une charge inutile et coûteuse. Résultat: les frais de gestion de l'Ircantec sont 4 fois plus élevés que ceux de la Cnav²¹.

Open data : encore du chemin à parcourir

Cette enquête nous a surtout permis de voir à quel point la culture de l'open data était encore peu diffusée au sein de la Cnam-TS et des CPAM. Seulement 16 rapports d'activité ont été mis en ligne volontairement par les CPAM (15,7 %), quand la moitié environ se contente d'une plaquette plus ou moins détaillée reprenant des chiffres clés et leurs statistiques (systématiquement excellentes) de satisfaction des usagers. Les autres ne publient rien, aucune ne communique le nom, l'adresse ou le numéro de son service de communication. Certains services se sont même étonnés – et fâchés – que nous ayons pu trouver leurs coordonnées! Du côté de la Cnam-TS, même opacité: alors que la Cnam-TS vient de réaliser un classement de l'efficacité des CPAM et une revue nationale de leurs taux d'absentéisme, ce document est indisponible à la communication. Un classement²² pourtant sujet à caution et qui tient plus du concours de beauté: en 2011, il place en effet en tête la Creuse, la plus petite CPAM de France, qui ne peut bien évidemment pas servir de modèle à d'autres organismes de taille beaucoup plus importante. D'un point de vue de l'efficacité et des réformes à envisager, il serait probablement plus pertinent de comparer les caisses en fonction de leur taille, par catégorie. Mais pour cela, il faudrait un peu plus d'open data...

18 ■ Dossier de presse Arrco/Agirc, DSI, janvier 2012.

19 ■ Et la fusion Arrco/Agirc avec l'Ircantec dont les coûts de gestion (5 % ?) sont très élevés.

20 ■ Cour des comptes, rapport sur la Sécurité sociale 2010, p. 144.

21 ■ Auditions MECCS AN 2005, rapport de Jean-Pierre Door sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la Sécurité sociale.

22 ■ Ce classement repose sur plusieurs dizaines d'indicateurs et prend notamment en compte les objectifs fixés par contrat avec la Cnam-TS dans le cadre du contrat pluriannuel de gestion signé par chaque CPAM, mais aussi le coût de gestion et l'efficacité, c'est-à-dire le ratio entre les objectifs et le coût de gestion.

22

Gestion de l'action sociale

Malgré de nombreuses aides sociales légales, il est inévitable que certains se retrouvent dans des situations que seule une intervention personnalisée peut prendre en charge. Mais la difficulté, c'est que tous les organismes de protection sociale aient mis en place des actions dans ce sens : à celle de la Caf s'ajoute celles de la Cnav, de la Cnam, Arrco, Ircantec, MSA, mairies et départements, HLM. Malgré cela, des milliers d'associations se sont développées pour prendre en charge ceux qui passent à travers les mailles du filet officiel.

La multiplication de ces points d'aides constitue un véritable labyrinthe pour les intéressés et est humiliante puisqu'il faut « raconter sa vie » à chacun pour que cela soit efficace. C'est aussi coûteux en termes de ressources humaines et favorise les fraudes faute de véritable recoupement. Regrouper les montants des allocations distribuées par les organismes publics en un seul point au niveau des communes pour être au plus près des besoins du public serait sûrement plus efficace. On retrouverait un système simple : le public et les associations privées. Les économies seraient faites d'abord sur les coûts de gestion de ces organismes, et non pas sur le montant des aides distribuées. À terme, le système serait beaucoup plus efficace.

D'autant qu'il est possible de faire le tri dans ces initiatives « sociales » : l'Ircantec a « une politique de mécénat », des caisses Agirc et Arrco ont des programmes de bourses « d'aides à la scolarité » pour les enfants des actifs et des prêts immobiliers

complémentaires. La CNRACL a une activité « croisières » ; comme le dit l'ex-directeur de la branche retraites de la CDC, Jérôme Gallot : « 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. »

Tous ces exemples plaident en faveur d'une profonde réorganisation de la protection sociale : loin d'une organisation éclatée et qui correspondait à la gestion de l'après-guerre, un rapprochement par région pourrait être une solution efficace et économe en deniers publics. Elle pourrait se conjuguer à une caisse commune de Sécurité sociale multibranches. C'est par exemple ce qui a été fait en Lozère avec la création de la Caisse commune de Sécurité sociale « pour répondre au contexte particulier dans lequel se trouve ce département rural » qui permet « de garantir une présence institutionnelle indispensable du régime général de Sécurité sociale, une efficacité accrue de l'organisme se conjuguant avec les objectifs de modernisation et de performance que les différentes caisses nationales de ce régime sont chargées d'impulser »²³. Cette organisation est aussi celle de la MSA, même si la population dont elle a la responsabilité est très limitée et ne permet pas de faire des gains de productivité. À ceux qui estiment que dans les gros départements, de telles structures donneraient naissance à des monstres, on pourrait imaginer de sectoriser les grandes villes de France. On pourrait au moins envisager de mettre en place une telle organisation dans une majorité de départements de France moyennement peuplés.

23 ■
Exposé
des motifs,
amendement
déposé par
Pierre Morel
à L'Huissier.

5 Les limites du paritarisme

Autre facteur de frein, la gouvernance du système et en particulier le paritarisme : chaque caisse locale a un directeur nommé par la caisse nationale mais fonctionne avec un conseil d'administration composé de nombreux mandats distribués de façon paritaire :

- les Caf comptent un conseil d'administration de 24 membres,
- les CPAM comptent un conseil d'administration de 26 membres,
- Les Urssaf comptent un conseil d'administration de 23 membres,

- Les Cram comptent un conseil d'administration de 25 membres,
- Les caisses départementales de MSA comptent 30 membres,
- Les caisses régionales de RSI en comptent 36,
- la CCMSA compte 27 membres,
- la Cnav compte 34 membres,
- la Cnaf compte 38 membres,
- la Cnam-TS compte 38 membres,
- l'Acof compte 33 membres,
- le RSI compte un conseil d'administration de 50 membres.

Il convient d'ajouter les 50 membres du conseil d'administration de l'Unedic. Il faut aussi prendre en compte 960 mandats dans les caisses Arrco et 650 dans les caisses Agirc²⁴, et 170 mandats Arrco au niveau national et 156 mandats Agirc au niveau national. Au total, c'est de près de 15 000 mandats dont il s'agit.

Ces fonctions sont gratuites selon le Code de la Sécurité sociale, mais il prévoit (article L 231-12) « le remboursement des frais de déplacement des administrateurs ainsi qu'aux employeurs des membres du conseil ou administrateurs salariés, celui des salaires maintenus pour leur permettre d'exercer leur fonction pendant le temps de travail ainsi que les avantages et les charges sociales afférents ».

Si les choses se trouvent strictement encadrées cela n'empêche pas de s'étonner de certains transferts: « En 2010, l'Arrco a consacré 57 869 euros aux insertions dans les revues syndicales et versé 9 146 euros pour sa participation à des congrès syndicaux; l'Agirc mentionne un montant de 59 885 euros pour les mêmes objets. (...) Les deux institutions attribuent aussi à leurs organisations membres, en application de décisions prises par leurs instances délibératives dans les années 1970, des contributions forfaitaires de financement de "conseillers techniques" : en 2010, l'Arrco a versé à ce titre 512 203 euros, soit 64 025 euros par organisation, et l'Agirc 474 096 euros, soit 67 728 euros par organisation. »

Pour la MSA, la situation est franchement excessive selon le rapport Perruchot: « On

constate également le coût très élevé, qui apparaît disproportionné, des frais de paritarisme générés par la gestion du régime agricole: plus de 26 millions d'euros, contre 30 millions pour le régime général, soit à peine moins. Or, la Mutualité sociale agricole (MSA) revendique (chiffre de juillet 2010) 5,6 millions de bénéficiaires de ses prestations, quand le régime général compte près de 50 millions de personnes couvertes en assurance-maladie et 15 millions de pensionnés. Le même écart de l'ordre d'un à dix se retrouve si l'on compare les masses financières globalement mobilisées par les régimes. »

En 2010, la direction de la Sécurité sociale a indiqué pour le rapport que les frais liés aux administrateurs représentent 64 millions d'euros dont 50 millions sont attribués au titre des mandats syndicaux avec un partage à parité entre employeurs et salariés. Le rapport Perruchot a essayé d'effectuer un chiffrage de cette gouvernance paritaire au sens large: il représente environ 80 millions d'euros pour les représentants de syndicats patronaux ou professionnels et 80 millions pour les syndicats de salariés. Il est certain que le strict coût des défraiements reste à l'échelle des dépenses du régime général, ou même de l'ensemble de la protection sociale, limité. Cependant, cette gouvernance paritaire a indéniablement une influence sur l'organisation et la gestion des caisses où synergies et rationalisation sont des mots tabous.

Extraction comptable des « frais liés aux administrateurs » dans les organismes de Sécurité sociale (en milliers d'euros)

	Régime général	Régime social des indépendants (RSI)	Mutualité sociale agricole (MSA)	Régime des mines	Régimes spéciaux	Total	En %
Assurances des administrateurs	205	5	171	2	11	395	1
Vacations	5 351	260	4 037	48	101	9 796	15
Pertes de salaires et de gains	3 278	532	922	33	390	5 155	8
Cotisations sociales	1 501	14	327	20	21	1 883	3
Voyages et déplacements	10 219	1 959	6 460	590	1 139	20 366	32
Frais d'organisation des élections	-	-	3 235	-	359	3 595	6
Autres frais	3 031	126	11 406	3	310	14 877	23
Formation des administrateurs	3 748	158	-	936	-	4 842	8
Secrétariat technique	2 809	-	-	282	7	3 098	5
Total	30 141	3 054	26 560	1 914	2 338	64 006	100

Source: direction de la Sécurité sociale, cité dans le rapport Perruchot.

C'est dans la gestion courante des caisses que la faiblesse du système de paritarisme apparaît. Très classiquement, les administrateurs de ces caisses privilégient les salariés de ces organismes aux dépens de leurs clients. Ils ont aussi maintenu un nombre excessif d'administrateurs et les menus avantages dont ils disposent. Conséquence : la réduction du nombre de caisses est mise en œuvre de façon lente et sans entraîner la réduction drastique du coût de gestion qui aurait été logique.

Exemple : alors que la réduction du nombre de caisses et de sites est un impératif évident souligné dans le rapport de la Cour des comptes, la direction de la Cnam-TS lui a répondu : « *La Cnam-TS partage le point de vue de la Cour sur la nécessité de rationaliser le réseau des CPAM. Jusqu'alors, à chaque fois que l'opportunité se présente à l'occasion du départ d'un directeur ou d'un agent comptable, la direction de la Cnam-TS a proposé aux*

conseils d'administration des caisses concernées un rapprochement des directions ou agences comptables au sein d'un même département. » Une attitude qui semble tolérée puisque le rapport de l'Assemblée nationale recommandait : « *À l'occasion de chaque départ d'un directeur d'organisme (local), la tête de réseau pourrait faire réaliser un audit externe de la situation de l'organisme* ». Alors que les salariés du secteur privé acceptent des contraintes de restructuration beaucoup plus fortes, il est étrange que les réorganisations indispensables des organisations de Sécurité sociale dépendent de questions de convenance d'un directeur.

La réforme de 2004 a donné à l'État le pouvoir de nommer le directeur des différents régimes, qui nomment ensuite les directeurs des organismes locaux. C'est un progrès, mais qui se heurte à des habitudes très ancrées et aux pressions des élus locaux et des administrateurs.

Conclusion

Comme on a pu l'illustrer à travers ce dossier, les chiffres sur l'écart de coût de gestion de notre système de protection sociale avec d'autres pays européens n'est que le reflet de la complexité de notre système, qui s'est construit par sédimentation d'organisations historiques auxquelles se sont ajoutées les concessions faites par les responsables politiques. La multiplicité des régimes crée des coûts de gestion stupides, mais aussi des tracas considérables pour les assurés. Pour la santé, par exemple, pour 90 % de la population salariée, avoir la « Sécu » et une mutuelle se résume à deux lignes différentes sur le bulletin de paie mais à deux étapes pour se faire rembourser les soins. À quoi bon ? Il conviendrait de s'interroger sur un autre fonctionnement, comme les Allemands l'ont fait. Bien plus qu'un simple problème d'organisation, cette situation est aujourd'hui très grave car elle empêche toute réforme. D'abord parce que notre système est illisible : le fameux PLFSS est un bon exemple. Comme personne n'y comprend rien, on bricole des réformes dans un coin, ce qui est loin d'être démocratique compte tenu de l'enjeu que représente notre « fameux modèle

social ». Et pendant ce temps, on met en place des conventions d'objectifs et de gestion/moyens signées entre les tutelles et les organismes, déclinées avec chaque caisse locale, qui sont de vraies usines à gaz dont le principal but est de faire semblant de réformer. La responsabilité de cet échec pèse surtout le modèle paritaire. Normalement, dans un régime paritaire, si les charges excèdent les produits, les partenaires se mettent autour de la table pour décider, soit de baisser les prestations, soit d'augmenter les cotisations. C'est leur rôle et ils sont là pour ça. C'est d'ailleurs comme ça que ça se passe pour l'assurance chômage ou les retraites complémentaires. S'ils s'en remettent à l'État pour prendre les décisions difficiles, il est temps de poser la question de leur rôle dans la gouvernance du système social. C'est particulièrement vrai pour les branches famille et maladie qui n'ont aujourd'hui quasiment plus aucun lien avec des régimes professionnels ; d'autant plus que les représentants des syndicats, censés représenter les assurés sociaux, défendent pied à pied les personnels de la Sécu, dont les intérêts sont de leur point de vue équivalents à ceux des assurés sociaux. D'où un statut certes privé mais privilégié et une productivité

discutable. Où est l'efficacité ? Elle n'est pas au rendez-vous et le résultat est là : plus de 6 milliards d'euros de surcoût annuel qui seraient évitables à condition de :

- fusionner les caisses primaires d'assurance-maladie (CPAM) au niveau régional pour atteindre 22 en 2017 ;
- fusionner les caisses d'allocations familiales (CAF) au niveau régional pour atteindre 22 en 2017 ;
- fusionner la Cnav et les complémentaires retraites ainsi que les régimes spéciaux de retraites ;
- limiter le nombre d'administrateurs à 10 par caisse régionale ;
- instaurer au moins un jour de carence pour les arrêts maladie des personnels des différentes caisses ;
- mettre en place une politique de transparence des données des différentes caisses avec obligation de publication des rapports d'activité annuels (mise en ligne) ;
- renseigner annuellement la composition des 33 milliards de coûts de fonctionnement.

Notre étude de janvier sera consacrée à l'étude des économies qui pourraient être réalisées sur les dépenses de prestations sociales.