Inspection générale
des affaires sociales
RM2009-133P

# Bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 signée entre l'Etat et la CNAMTS et recommandations pour la future convention

**RAPPORT DEFINITIF**
**TOME 1**

Établi par

Agnès JEANNET, Thierry BRETON,
Philippe LAFFON, Dr Sylvain PICARD

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Avril 2010 -

# Synthèse

[1] La convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 est la troisième signée entre l'Etat et l'assurance maladie. Elle est le résultat d'un processus d'élaboration et de négociation qui a été particulièrement long. Sa préparation a été marquée par l'adoption en 2004 de la loi portant réforme de l'assurance maladie. Ce changement de contexte a renforcé le rôle prépondérant que joue la CNAMTS dans l'élaboration de la convention. En outre, la concertation annuelle entre l'Etat et CNAMTS sur la mise en œuvre de la COG et les résultats obtenus s'est montrée défaillante.

## 1- Bilan

[2] La mission a pu constater que la convention était très ambitieuse, mais que la plupart des engagements, par ailleurs très nombreux (plus de 200), étaient très généraux, sans indication des rôles respectifs de chaque acteur, sans objectifs précis ni indicateurs. Dans leur très grande majorité leur suivi s'en est trouvé impossible.

[3] Il est vrai que le périmètre de la convention s'est trouvé singulièrement élargi, dans le respect des dispositions législatives, par l'intégration de la gestion du risque dans une conception très large. Si ce thème figurait déjà dans l'avenant à la convention précédente signé le 7 mai 2003 et dans l'avenant de prolongation de juin 2004, il a pris une toute autre dimension dans la présente COG. Elle embrasse ainsi la prévention, l'éducation pour la santé, la lutte contre la précarité et le contrôle des prestations ou l'accompagnement des professionnels. Cette conception large est source de conflits car elle interfère nécessairement avec les compétences de l'Etat.

[4] La mission a observé une rénovation de la politique de gestion du risque et la création d'une dynamique qu'il conviendra de conforter. Ainsi, en matière de maîtrise médicalisée quatre leviers ont permis le développement de cette politique : la création de la Haute Autorité de santé (HAS), la mise en place par la CNAMTS d'un outil d'information directe des professionnels de santé, les délégués de l'assurance maladie (DAM), la contractualisation individuelle de l'assurance maladie avec les établissements et les professionnels de santé et, enfin, la modernisation des dispositifs de contrôle et de sanction.

[5] Par contre, le rôle de la COG dans le respect des objectifs de dépenses est faible malgré les responsabilités confiées à l'assurance maladie en la matière. Bien que la loi en offre la possibilité, l'absence d'avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion ne permet pas de faire le lien avec la loi de financement de la sécurité sociale. Il conviendra de mettre en œuvre les dispositions de la loi du 21 juillet 2009 qui prévoit des avenants annuels au futur contrat liant l'Etat et l'UNCAM (L. 182-2-1-1 CSS).

[6] Malgré les ambitions affichées par la CNAMTS en matière de gestion du risque, le premier métier de la branche maladie du régime général reste le service des prestations. En 2008, l'ensemble des personnels affectés aux missions de gestion du risque tous organismes confondus (CPAM, CRAM, DRSM, URCAM) représente près de 10 500 personnes contre 9 500 en 2006 pour un effectif global pour la branche de près de 80 000 salariés.

**Réponse de l'organisme :** *Concernant la politique de gestion du risque, la mission IGAS, si elle délivre un satisfecit sur les évolutions et les réalisations mises en œuvre au cours des dernières années, observant « une rénovation de la politique de gestion du risque et la création d'une dynamique qu'il conviendra de conforter », n'a consacré qu'une partie limitée de ses analyses à cette mission essentielle de la branche. La mission regrette la faible précision de la partie consacrée à la gestion du risque dans la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009. La formulation des objectifs relatifs à la gestion du risque dans la COG résultait de la nouveauté relative de cette politique au moment de la conclusion de la COG, ce qui expliquait des objectifs et indicateurs peut-être moins précis que pour les autres axes. A cet égard, la conclusion d'avenants annuels recommandée par la mission aurait sans nul doute mobilisé une ressource importante tant pour les administrations centrales que pour la CNAMTS. Toutefois, tant les LFSS successives et la loi de santé publique que les outils de pilotage annuel du projet d'entreprise ont constitué un cadre précis pour la mise en œuvre de la COG. La maturité aujourd'hui atteinte en matière de gestion du risque permettra sans nul doute d'atteindre un niveau de précision plus marqué pour les engagements respectifs de l'Etat et de l'Assurance Maladie.*

**Observation de la mission :** *le rapport comprend une annexe entière consacrée à la gestion du risque et la réponse de l'organisme n'invalide pas les constats de la mission.*

[7] S'agissant de son efficience globale, la branche maladie du régime général obtient des résultats significatifs puisqu'elle dépasse les objectifs qui lui étaient fixés. Elle a réalisé entre 2005 et 2008 un gain global de productivité de 9% contre 6% prévus entre 2005 et 2009. Ces progrès peuvent être constatés quelle que soit la méthode retenue. La réduction des ETP a été également supérieure à celle attendue (plus de 5 000 ETP à fin 2008 contre **4 500** prévus sur la période de la COG). La mission a également constaté la baisse régulière du poids des charges de gestion administrative passé de 5,07% des prestations versées (comprenant les accidents du travail et les maladies professionnelles) en 2003 à 4,28% en 2008.

[8] Ces résultats sont imputables aux gains de productivité au sein de chaque processus et à l'impact de la dématérialisation des feuilles de soins. La croissance du taux de dématérialisation, passé de 77% en 2004 à 84% en 2008, a permis selon les données issues de la comptabilité analytique de réduire les effectifs affectés aux processus de traitement des feuilles de soins de près de 4 000 équivalents temps plein.

**Réponse de l'organisme :** *La réduction des ETP des CPAM affectés au traitement des FSP et FSE, entre 2004 et 2008, est précisément de 3 640 (« près de 4 000 équivalents temps plein »).*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[9] Bien que le taux de dématérialisation soit à un niveau assez élevé des progrès restent possibles car les écarts de taux de transmission électronique entre les professions de santé sont assez importants. Ainsi les généralistes et les spécialistes connaissent les taux les plus faibles des professionnels de santé (respectivement 65% et 59% en 2008). Par ailleurs, la dématérialisation sur les prestations en espèces, en particulier pour le traitement des indemnités journalières, a été engagée mais un effort important reste à accomplir pour la développer et en tirer pleinement parti.

[10] Sans contester les efforts importants et réels réalisés par la branche maladie, le dépassement des objectifs s'explique aussi par une négociation initiale qui a été favorable à la CNAMTS. Les départs à la retraite ont été largement sous-estimés, notamment du fait du volume mal évalué des départs anticipés, et les crédits budgétaires de ce fait largement surestimés. D'ailleurs le taux d'exécution budgétaire s'est dégradé régulièrement, ce qui a abouti à la constitution d'une réserve d'autorisations de crédits de plus de 900 millions d'euros.

**Réponse de l'organisme :** *La faible exécution pour la 1ère année de la COG s'explique notamment par de la date de la signature de la COG intervenue en août 2006. En conséquence, dans l'attente de la signature de la Convention d'Objectifs et de Gestion aucune mesure nouvelle n'a été autorisée, ce qui s'est révélé extrêmement pénalisant pour la gestion. Il en a notamment été ainsi en termes de remplacement des départs à la retraite. Les premières autorisations de remplacement n'ont ainsi eu lieu qu'à compter du dernier trimestre 2006.Il n'est pas exact de considérer que "le dépassement des objectifs" en matière de réduction des effectifs s'explique par une négociation initiale favorable à la CNAMTS. Les départs en retraite ont été anticipés sous le double effet d'une part du « dispositif Fillon » lié aux carrières longues, d'autre part du fait de l'appréhension générée par l'incertitude de la pérennité des accords concernant les régimes de retraite complémentaire .Ainsi sur les deux premières années de la COG, 6 156 départs en retraite ont été constatés contre une estimation de 4 791. A contrario, sur les années 2008 et 2009, 5 287 départs ont été constatés pour une estimation de 6 467.Cette situation explique l'évolution du taux d'exécution budgétaire. L'importance des départs en retraite sur les deux premières années de la COG a généré de moindres dépenses qui ont eu un effet report sur les années suivantes.*

**Observation de la mission :** ***la*** *réponse de la CNAMTS conforte l'idée d'une sous-estimation des départs à la retraite qui a contribué à une dégradation du taux d'exécution budgétaire.*

[11] Malgré ces résultats, les écarts de coûts et de productivité entre caisses n'ont pas été réduits. Ces écarts restent toujours importants. Ils s'observent pour des caisses dont les volumes d'activité sont comparables. La mission considère que le pilotage de la réduction des écarts de productivité n'est pas assez structuré. La CNAMTS a développé une stratégie de fusion des caisses à l'échelle départementale qui sera effective sur le plan juridique au 1er janvier 2010. L'effort ainsi accompli est important. Pour autant, les fusions, concernant des caisses de petite taille, n'apporteront que des gains faibles en termes d'efficience. S'agissant des opérations de mutualisation, si la dynamique des organismes est réelle la mission constate qu'elle ne concerne que très peu les activités de production qui accaparent pourtant le plus de moyens.

**Réponse de l'organisme :** ***Sur la réduction des écarts de coût****, les écarts de coûts entre caisses n'ont pas été réduits mais le coût moyen a baissé de 7,3% pour l'ensemble des caisses. La réduction des écarts de coûts ne peut pas être considérée comme un but en soi mais elle doit être appréciée à l'aune de l'évolution globale de la productivité de la branche. En effet, l'application aux caisses les plus performante d'un dispositif plus favorable aurait pu permettre l'amenuisement de cet écart s'amenuise. La branche maladie n'a pas souhaité appliquer une telle politique qui aurait contribué à dégrader sa productivité globale.*

**Observation de la mission :** *Il va de soi que la réduction des écarts de coût s'entend comme un levier pour obtenir une meilleure performance globale. Malgré les efforts importants réalisés par la branche un potentiel important demeure pour obtenir, à volume d'activité comparable, une convergence vers les meilleurs couts de production.*

**Réponse de l'organisme :** *Sur la démarche de fusion, la démarche de fusion s'est appuyée sur deux principes : la notion taille utile et la logique départementale. Cette réforme de l'organisation actuelle a été motivée par une volonté forte d'efficience :*

*- offrir un service homogène et de qualité sur l'ensemble du territoire, moderniser le réseau d'accueil de proximité,*

*- accroître la coopération entre les réseaux administratif et médical pour favoriser l'efficacité de nos actions de gestion du risque et le développement des services dédiés dans le domaine de la santé, tout en privilégiant l'unité d'action, c'est-à-dire en évitant la multiplication des centres de décision sur un territoire limité, coûteuse et peu efficace,*

*- conforter les partenariats locaux indispensables à l'exercice des missions des organismes,*

*- supprimer les activités redondantes sans plus value avérée sur un même périmètre géographique,*

*- simplifier des formalités, pour les assurés, liées au déplacement de résidence dans un même département.*

*La maîtrise des coûts de gestion n'est évidemment pas absente de ces opérations de fusion. En effet :*

*- le poids des fonctions support est d'autant plus conséquent que les effectifs sont faibles, compte tenu des invariants ;*

*-plus de 50% des organismes de moins de 200 salariés sont au-delà du 80ème rang de classement.*

*Les fusions vont également réduire la fourchette de taille des organismes :*

*- Avant le regroupement, l'effectif des Cpam se situait entre 88 ETP (Elbeuf) et 1 548 ETP (Lyon) et 20 organismes avaient un effectif inférieur à 300 ETP ;*

*- Au premier janvier 2010, il se situe entre 272 ETP (Ardèche) et 1 717 ETP (Rhône).*

*Le resserrement et l'équilibrage des tailles des organismes vont enfin faciliter le pilotage.*

**Observation de la mission :** *Vu*

**Réponse de l'organisme :** *Sur la mutualisation, es opérations de mutualisation concernent principalement les processus métiers (environ 60% des projets) et par conséquent la production, même si dans un premier temps les organismes ont prioritairement mutualisé les activités à forte expertise assumées par des services à taille critique (rentes, invalidité, capitaux décès).*

**Observation de la mission :** *Vu*

[12] Sur le plan de la gestion de la branche la mission a pu observer des progrès sur les fonctions support à l'exception des systèmes d'information.

[13] En matière de gestion des ressources humaines, l'ampleur des départs à la retraite (plus de 3 000 par an) a permis des évolutions favorables de la rémunération moyenne, dans un contexte général de baisse des dépenses de personnel. La politique des ressources humaines a été dynamisée en particulier par le renforcement du dispositif d'intéressement qui contribue fortement à l'appropriation collective des objectifs au sein de la branche. La mission juge néanmoins que ce dispositif est insuffisamment discriminant entre les organismes et que la définition du socle de performance qui déclenche le versement de l'intéressement n'est pas assez cohérente avec la situation de chaque organisme. Un schéma directeur (SDRH) a permis d'identifier les axes de renforcement des compétences requises par la branche. Une cartographie des emplois a été demandée aux organismes de sorte que chacun d'entre eux se livre à un exercice de gestion prévisionnelle des compétences. La mission constate toutefois que l'objectif fixé dans la convention sur la mise en place du système d'information pour les ressources humaines ne sera pas atteint. En outre, pour le sous-projet paye et gestion administrative qui doit être déployé en 2011, le choix d'un outil développé par la branche famille fait peser des contraintes et génère des risques.

**Réponse de l'organisme :** ***Sur les objectifs annuels :*** *La mission recommande de réduire le nombre d'objectifs et d'en assurer un suivi régulier sur toute la durée de la COG. Cela suppose aussi une mise en cohérence des objectifs et des indicateurs associés. Ainsi, concernant l'établissement public, depuis la première édition en 2007, l'établissement public national a réduit le nombre de ses objectifs tant au niveau de la CNAMTS que des directions et services. Ces objectifs sont revus tous les ans. La campagne 2010 améliorera encore la définition des indicateurs. Depuis 2009, le suivi des objectifs est effectué par les managers à l'aide de l'outil OSO, tant au niveau de l'établissement public national qu'à celui plus fin des directions.* ***Sur les outils de pilotage RH*** *: La mission recommande de tendre vers une unité des outils de pilotage RH utilisés par les caisses). Concernant l'établissement public, la DRHEP participe activement à la mise en place des outils nationaux Alinéa et Aliform, recueillant ainsi les éléments indispensables à leur généralisation dans l'ensemble de la branche.*

**Observation de la mission :** *Vu*

[14] Concernant le politique immobilière, la CNAMTS a mis en place un outil informatique au service des caisses (le schéma directeur immobilier local, SDIL). L'ensemble des organismes ont cédé au cours des années 2006 à 2008 soixante-dix immeubles pour une surface totale de 60 000 m² et qui ont entraîné 67,7 M€ de produits de cessions encaissés.

[15] La CNAMTS n'a que très peu progressé en matière de systèmes d'information. Elle fait toujours face à des enjeux très importants concernant l'organisation de la production informatique, qui demeure répartie sur 9 sites. En outre, la direction déléguée aux systèmes d'information demeure éparpillée en 17 sites ce qui est une explication importante des difficultés de management de cette direction, notamment dans la conduite du changement. La branche maladie ne dispose toujours pas d'un vrai schéma directeur. La cible fonctionnelle n'a pas été arrêtée. La professionnalisation du lancement de projet reste à faire. Malgré cela, des opérations assez lourdes sont engagées ou prévues souvent en l'absence d'étude de valeur. Dans le même temps le perfectionnement des systèmes en place n'a pas fait l'objet d'une attention suffisante, alors même que des évolutions mineures permettraient de faire des gains significatifs en matière d'efficience, de contrôle ou encore de liquidation médico-administrative[1].

[16] La qualité de service s'est globalement améliorée et la plupart des résultats obtenus sont très proches des objectifs fixés, à l'exception des délais de versement des indemnités journalières et du délai de délivrance la carte vitale. La CNAMTS a mis en œuvre des « parcours attentionnés » qui sont de réels succès pour certains (installation des médecins), alors que d'autres connaissent des déploiements difficiles et inégaux (femmes enceintes par exemple). L'offre de service sur internet s'est enrichie à destination des professionnels de santé, des assurés comme des employeurs. Les utilisateurs se font plus nombreux même si la mission constate que s'agissant des assurés l'utilisation reste encore assez faible (seulement 6% des assurés se sont connectés au moins une fois dans l'année).

**Réponse de l'organisme :** *Le déploiement des parcours attentionnés diffusés progressivement au cours de la période de la COG se déroule sur quelques mois pour tenir compte des délais de mise en œuvre au niveau local (appropriation par les équipes, négociation de partenariats, systématisation d'ateliers collectifs pour des cibles données…). Une fois ces étapes franchies, l'offre de service devient plus homogène sur le territoire et des actions d'évaluation régulière sont organisées pour objectiver cette équité. Il est toutefois nécessaire de rappeler les consignes afin de s'assurer que toutes les opérations destinées à simplifier la gestion de sa situation pour l'assuré sont bien mises en œuvre.*

**Observation de la mission :** *Vu*

[17] S'agissant du pilotage du réseau par la CNAMTS, la mission observe qu'il s'est globalement renforcé. Le pilotage par objectifs a été étendu à la gestion du risque. Pour autant ces exercices de contractualisation souffrent de l'absence d'un réel dialogue de gestion, il est vrai difficile à organiser compte tenu du nombre d'organismes. En matière de gestion du risque la signature des avenants annuels des contrats pluriannuels de gestion se fait de plus en plus tardive. En outre, la mission juge que la pondération des objectifs laisse une place trop réduite à l'efficience de la branche. Par ailleurs, le classement des caisses ne donne pas une image fidèle de leur situation relative.

[1] Intégration dans les systèmes de production des flux dématérialisés de déclarations de salaires pour les indemnités journalières (un « injecteur » devrait être déployé courant 2010), dématérialisation avec intégration des déclarations des accidents du travail, articulation entre services internet et systèmes de production, articulation entre les systèmes d'information médicaux et administratifs…

**Réponse de l'organisme :** *Un subtil dosage est nécessaire pour entendre les atouts et les difficultés des organismes mais aussi pour faire appliquer une politique nationale dans l'ensemble des organismes. L'article R211-12 du code de la sécurité sociale (décret du 12 octobre 2004) précise bien que le directeur de la CPAM présente les orientations du CPG à son conseil dans un délai de trois mois après la signature de la COG. Dans la période qui a précédé, un diagnostic partagé entre la Cnamts et chaque organisme a été réalisé. Parallèlement, la stratégie relative à la gestion du risque doit bien être nationale. Il en est de même au niveau du service où le principe d'homogénéité et d'égalité quant au service rendu sur l'ensemble du territoire a été retenu. La pondération des objectifs reflète l'importance des missions de l'Assurance Maladie : la maîtrise médicalisée et le service rendu à l'assuré en premier lieu, la modernisation du pilotage et l'efficience viennent ensuite.*

**Observation de la mission :** *Que l'accent soit mis sur la maitrise médicalisée et le service rendu à l'usager est une bonne chose. Cela n'implique pas de faire quasi abstraction du point du vue du contribuable, l'efficience ne représentant que 5% dans les objectifs fixés aux CPAM.*

[18] S'agissant de la gestion du risque, la mise en place de programmes nationaux est un progrès incontestable. La novation des ces programmes consiste dans l'articulation entre des actions d'accompagnement des professionnels et des actions de contrôle qui sanctionnent les irrégularités voire les fraudes. La dynamique ainsi créée doit être confortée.

[19] Toutefois, les résultats de la maîtrise médicalisée en ville sont décevants au regard des ambitions affichées. Les économies réalisées annuellement plafonnent à 500 M€, très en deçà des objectifs poursuivis. Des résultats encourageants ont été obtenus concernant les génériques, les statines, les IPP, les antibiotiques ou les hypertenseurs. Par contre en matière d'indemnités journalières ou d'affections de longue durée les objectifs n'ont pas été atteints. Les résultats sont hétérogènes en particulier entre les CPAM. Une des difficultés tient certainement à l'organisation locale retenue pour mettre en œuvre les actions du risque. Alors qu'au niveau de la caisse nationale une réorganisation a permis de regrouper compétences administratives et médicales dans la même direction, au niveau local c'est la simple coordination qui a été choisie. Plusieurs niveaux de coordination se superposent (stratégique pour la gestion du risque, coordination de moyens pour les délégués de l'assurance maladie) et les coordonnateurs ont été désignés en tenant compte d'éléments conjoncturels, mais aussi par souci d'équilibre entre les différents réseaux.

**Réponse de l'organisme :** *Les résultats de la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses sont loin d'être aussi décevants que le note le rapport. Pour chaque objectif de maîtrise médicalisée, il est nécessaire d'analyser les évolutions par rapport à la tendance. Or on constate bien que la politique de maîtrise médicalisée a permis, pour les thèmes ayant fait l'objet d'actions, de casser la croissance tendancielle. Cette action répétée année après année, qui a permis de réduire substantiellement la croissance des postes de dépense concernés par rapport à la tendance, a donc eue un effet cumulatif structurant. Concernant l'analyse que porte la mission sur les limites de la maîtrise médicalisée, celle-ci apparaît comme réductrice. Dans un process aussi complexe que celui des choix de prescription des prescripteurs et que celui de l'inflexion des comportements des patients et des soignants, imputer à l'organisation régionale un résultat en deçà des objectifs constitue une analyse par trop simplificatrice. Au contraire, la coordination exercée par le DCGDR, qui a la responsabilité du pilotage des actions et de la vérification de la mobilisation de moyens suffisants, a permis de mobiliser le réseau sur une logique de résultats.*

**Observation de la mission :** *le constat que les objectifs poursuivis ne sont pas atteints ne peut qu'être maintenu, même si la rupture de tendance de la progression des dépenses est un acquis important que la mission n'a pas entendu sous estimé. De plus cette rupture de tendance ne s'est pas observée pour les dépenses d'indemnités journalières. Enfin, la mission a souligné la dispersion de résultats entre les caisses primaires ainsi que l'hétérogénéité du positionnement du coordonateur de la gestion du risque afin de tracer des pistes d'amélioration.*

### 2- Recommandations

[20] L'amélioration de l'efficience globale de la branche fait l'objet d'une première série de recommandations. Le potentiel de gains de productivité reste important. Il repose sur la résorption des écarts de productivité entre caisses et sur une progression de la dématérialisation.

[21] En partant d'une hypothèse d'évolution de l'activité égale à celle que la branche a connu ces dernières années, le passage à un taux de dématérialisation des feuilles de soins situé entre 90 et 95% permettrait de réduire entre 2 100 et 3 800 les besoins en ETP en 2013. La mission recommande donc de fixer à la CNAMTS un objectif de 90 à 95% de taux de dématérialisation à la fin de la prochaine convention soit fin 2013. Pour cela elle suggère de renforcer les actions de sensibilisation des médecins et de mettre en place la contribution forfaitaire, conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale, qui peut leur être demandée pour couvrir partiellement dans un premier temps le coût de traitement d'une feuille de soins papier.

**Réponse de l'organisme :** *L'estimation d'un gain de 3 800 ETP corrélatif au passage à un taux de dématérialisation des FS de 85% à 95% est une hypothèse de travail très ambitieuse. Il paraît plus réaliste, si la taxation des feuilles de soins papier est mise en œuvre d'espérer arriver à 92% avec un gain entre 2500 et 3000 ETP. En effet : l'examen de la situation des catégories de professionnels de santé en termes de pratiques de télétransmission met en lumière des pratiques très diverses : les pharmacies qui ont un mode de fonctionnement et de facturation « intégré » favorable à la dématérialisation atteignent un taux de 95% de feuilles de soins télétransmises. D'autres professions (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, etc…) qui ont des contraintes différentes (pourcentage d'exercice au domicile du patient élevé…) ne sont pas facilement en mesure d'atteindre un tel niveau. Par ailleurs, ces gains potentiels d'ETP sont estimés « toutes choses égales par ailleurs ». Ceci ne veut pas dire qu'ils sont immédiatement mobilisables. Certaines évolutions de liquidation (ex. facturation individuelle T2A) pourraient partiellement les mobiliser.*

**Observation de la mission :** *vu.*

[22] La dématérialisation des déclarations de salaires des indemnités journalières (DSIJ) est aussi une voie de progrès incontestable. En l'absence de données précises, qui manquent à la CNAMTS, selon les hypothèses retenues par la mission un taux de dématérialisation de 50% avec un interfaçage aves les systèmes d'information de production pour limiter les opérations de saisie permettrait de réduire de 1 600 les ETP affectés au traitement des indemnités journalières. La mission recommande de fixer un objectif de dématérialisation des DSIJ situé entre 30 et 40% à l'issue de la prochaine COG.

**Réponse de l'organisme :** *Les gains d'ETP liés à la dématérialisation des DSIJ ne seront acquis que lorsque toute ressaisie sera rendue inutile par la mise en œuvre des injecteurs dans les outils métier. Il est par ailleurs nécessaire de rester prudent dans l'évaluation du rythme de montée en charge dans la mesure où le comportement des professionnels de santé et des assurés observé dans le cadre de SESAM Vitale ne peut être extrapolé aux employeurs. Au demeurant, la démarche d'accumulation des gains de productivité liée à la dématérialisation des feuilles de soins n'est pas directement transposable à l'intégralité des acteurs. Ainsi, la DSIJ n'exonère pas du traitement des avis d'arrêts de travail ; le calcul des gains de productivité (au demeurant réels) doit donc être relativisé. Enfin, la comparaison DSIJ/FS comporte un autre biais. Le traitement des FSP se résume au vidéocodage alors que celui des IJ nécessite une analyse règlementaire. On estime aujourd'hui à 30% seulement le poids des cas simples en la matière, sachant que même ces derniers doivent faire l'objet d'un ensemble de contrôles menés par un agent qui ne peuvent être systématiquement automatisés (vérification des délais de réception des avis d'arrêt de travail, vérification du prescripteur des prolongations, analyse des salaires de référence…) tant que la législation reste inchangée.*

**Observation de la mission :** *la mission a conscience du caractère parfois arbitraire de son estimation auquel elle ne s'est résolue qu'en l'absence de toute étude documentée fournie par la caisse nationale. Elle n'a pas ignoré la spécificité du traitement des déclarations de salaires. Dans l'impossibilité de prendre en compte la complexité effective de l'ensemble du traitement des DSIJ, la mission a cherché à isoler les gains pouvant résulter de la seule suppression des opérations de saisie. Pour cela elle a procédé par comparaison en retenant comme référence l'écart observé entre la productivité du processus de traitement des feuilles de soins papier et celle du processus du traitement des feuilles de soins numérisées.*

[23] Selon les deux méthodes utilisées par la mission les gains de productivité qui pourraient être obtenus par une réduction des écarts entre caisses primaires, conduiraient à réduire de 10 à 12 000 les ETP nécessaires pour accomplir les missions qu'elles assument actuellement. La mission recommande de fixer un objectif ambitieux de réduction des écarts, qui ne pourra être atteint que sur plusieurs COG. Il importe que la CNAMTS renforce son dispositif de pilotage en se dotant des outils nécessaires et en donnant une juste place à l'efficience dans les objectifs assignés aux caisses. D'autres gains non chiffrés par la mission sont aussi possibles concernant les autres organismes de la branche maladie.

**Réponse de l'organisme :** *Des mesures ont été prises dans le cadre de la COG actuelle pour réduire les écarts de productivité : recommandations d'évolution des organisations, taux de remplacement différenciés. La réduction de ces écarts a cependant été confrontée à certaines variables exogènes qui pèsent sur les CPAM :- les départs d'effectifs : les départs se résument aux retraites et mutations sur lesquelles les caisses n'ont pas prise. Le levier du taux de remplacement peut donc s'avérer insuffisant même en le faisant varier fortement, ceci d'autant plus qu'en matière d'équilibre RH, il est inenvisageable de le diminuer en-deçà de 15% ; -la charge de travail : celle-ci est très corrélée à l'évolution des bénéficiaires consommants dont les caisses ne maîtrisent pas l'évolution. Les actions engagées de mutualisation et de fusion contribuent pour leur part à diminuer la dispersion des caisses au regard de leur efficience et performance.*

**Observation de la mission :** *vu.*

[24] Concernant l'organisation de la production la mission recommande que la CNAMTS se dote d'une stratégie nationale de mutualisation reprenant les enseignements des expériences conduites par les caisses mais en y ajoutant, si nécessaire à titre expérimental, des opérations sur les principaux processus de production (les feuilles de soins par exemple). Au-delà l'absence d'éléments d'analyse approfondie sur l'organisation du réseau est préjudiciable à la définition d'une cible à moyen/long terme. La mission juge indispensable que la CNAMTS réalise une étude sur l'organisation optimale du réseau en matière de production, de management et de pilotage afin de déterminer le bon niveau d'exercice des fonctions.

**Réponse de l'organisme :** *La problématique de l'organisation ne se limite pas à des notions de taille. D'autres paramètres sont essentiels (pilotage, gestion des compétences, management des équipes) pour aboutir à un niveau de performance homogène. Les recommandations nationales devront par conséquent porter sur ces quatre aspects. Par ailleurs, la Cnamts a engagé il y a plusieurs mois sa démarche en termes de mutualisation : bilan et évaluation sur 2010, labellisation d'une série d'opérations à reprendre en régions à partir de 2011.*

**Observation de la mission :** *vu.*

[25] Au total, la mission estime le potentiel de réduction des ETP à terme à plus de 17 000 avec des hypothèses ambitieuses en matière de réduction des écarts et de taux de dématérialisation des feuilles de soins (95%) et des DSIJ (50%). Compte tenu de ce potentiel, des perspectives de départ à la retraite (au moins 2 200 par an), la mission recommande de fixer un objectif de productivité de 2,33% en moyenne par an, ce qui correspond au rythme observé durant la convention actuelle. Cela conduirait à ne pas remplacer environ 5 000 départs à la retraite entre 2010 et 2013.

**Réponse de l'organisme :** *La Cnamts ne souscrit absolument pas à un objectif de 17000 ETP. Les 17 300 ETP de gain se décomposeraient en :- 12 000 (réduction des écarts entre CPAM)- 3 800 (FSE à 95%)- 1500 (DSIJ à 50%).Cet objectif résulterait de l'application concomitante de 2 méthodes : l'injection de davantage d'automatisation et la réduction des écarts de productivité. Outre le fait que le calcul de la mission repose sur des hypothèses plus qu'« ambitieuses », une telle comptabilisation conduirait à des doubles comptes du fait de la superposition partielle de ces deux facteurs. Ainsi, une partie des 3 800 ETP liés à l'augmentation du taux de FSE est déjà comptabilisé dans la réduction des écarts de productivité. En effet, en alignant une caisse faiblement productive sur une autre beaucoup plus productive, on aligne, de fait, le taux de FSE de la première sur la dernière. En d'autres termes, on ne peut additionner les 3 postes d'économies identifiés par la mission sans doublon.*

**Observation de la mission :** *la caisse nationale estime que l'on ne peut pas additionner les trois postes d'économies identifiés, l'augmentation du taux de FSE étant déjà comptabilisé dans la réduction des écarts de productivité. Cette dernière se traduirait automatiquement donc par une convergence vers les taux de dématérialisation les plus élevés et in fine par une amélioration du taux national de FSE. La mission ne partage pas cette analyse. Le taux de progression de la dématérialisation est effectivement un moyen pour améliorer la productivité globale. Si on ne peut exclure le risque de doublons, il ne devrait être que marginal, pour les raisons suivantes :*

*- Indépendamment du taux de dématérialisation, au sein de chaque processus de traitement des feuilles de soins (électronique, papier, numérisée) les écarts de productivité entre caisses sont très importants (cf. annexes 2.3, 2.4, 2.5) ; c'est une source très importante de réduction des écarts ;*

*- La corrélation entre taux de dématérialisation et productivité ne vaut que lorsque les leviers à disposition des caisses ont permis d'adapter l'organisation et les moyens que les caisses mobilisent pour traiter les feuilles de soins dans leurs différentes formes ; les taux de dématérialisation peuvent être bons et la productivité globale mauvaise ;*

*- l'activité des caisses ne se résument pas au traitement des feuilles de soins, même si celui-ci occupe une partie significative des moyens ;*

*- s'agissant des DSIJ, le processus étant à ce jour entièrement papier, l'évolution du taux de dématérialisation n'a aucun impact sur la productivité.*

*Il y a donc bien deux sources de gains de productivité : d'une part, à niveau de dématérialisation inchangé, une adaptation des organisations et des moyens pour obtenir un alignement sur les meilleures productivités globales pour un volume d'activité; d'autre part, une amélioration globale du niveau de dématérialisation qui doit se traduire par un report de l'activité vers les modes de traitement les plus productifs.*

[26] En matière de systèmes d'information, la mission recommande de prévoir dans la future COG un engagement quant à la fourniture d'ici fin 2011 au plus tard d'un schéma directeur donnant la cible fonctionnelle à moyen/long terme. En attendant la mission considère qu'il faut suspendre tout lancement de nouveau projet de portée stratégique. La prochaine convention d'objectifs et de gestion devrait également comporter des engagements forts concernant la réorganisation des centres de production et de la DDSI. Cette réorganisation revêt une importance particulière pour améliorer le management de la direction, faire évoluer les pratiques et obtenir in fine une gouvernance des systèmes d'information satisfaisante.

[27] Concernant le système d'information RH, la mission recommande d'effectuer une revue de projet de la migration vers le logiciel de la CNAF. En effet, le choix d'outils propriétaires conduit immanquablement à mobiliser des moyens dédiés et spécialisés plus importants. Alors même que l'assurance-maladie éprouve déjà d'importantes difficultés dans la gestion de ses personnels informatiques et qu'elle peine à faire face à tous ses chantiers « métiers », un tel choix pose question.

[28] Une deuxième série de recommandations concerne la mise en œuvre de la gestion du risque dans le cadre contractuel national et territorial redessiné par la loi du 21 juillet 2009.

[29] La mission recommande d'abord, pour limiter les conflits de compétence, de préciser dans le futur contrat liant l'Etat et l'union des caisses d'assurance maladie (UNCAM) les compétences respectives de l'Etat et des organismes d'assurance maladie dans la définition des actions de gestion du risque, en particulier en matière de contrôle, sujet sur lequel des ambigüités existent. Par ailleurs, l'absence de définition de la notion de programme national pose une difficulté d'articulation entres les acteurs et leurs outils notamment pour distinguer les actions qui seront intégrées par la CNAMTS dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) de celles qui feront partie des actions régionales arrêtées par les agences régionales de santé (ARS). La mission recommande de définir dans le futur contrat Etat-UNCAM les programmes nationaux de gestion du risque en distinguant bien ceux qui sont d'application directe et sans adaptation (cela comprend toutes les actions fondées sur des référentiels HAS), de ceux qui sont adaptables localement.

[30] Une articulation devra être trouvée entre le contrat Etat-UNCAM et la COG. La mission a identifié deux scénarios possibles. Le premier fait du contrat avec l'UNCAM le cadre exclusif de contractualisation nationale en matière de gestion du risque. Il permet de distinguer nettement les rôles joués par chaque outil. Un deuxième scénario consisterait à positionner le contrat Etat-UNCAM comme outil stratégique, la COG vecteur de la mise en œuvre se placerait au niveau opérationnel. Quel que soit le scénario retenu, la mission recommande de négocier en même temps les deux contrats.

**Réponse de l'organisme :** *Il convient rappeler que le contrat Etat/Uncam et la COG portent sur des champs différents. Le contrat Etat-UNCAM ne portera que sur des actions associations l'interrégime et l'Etat. Il a pour objet de déterminer les objectifs stratégiques. Il ne détaille pas les moyens mis en œuvre. La COG est un document propre au régime général, qui a pour objet de déterminer les objectifs communs et les modalités de leur mise en œuvre opérationnelle, ainsi que les moyens qui s'y rattachent. Elle porte sur l'ensemble des missions de la branche.*

**Observation de la mission :** *Vu, la mission a laissé ouvert le choix entre deux scénarios.*

[31] La signature des CPG des organismes de la branche sera confrontée à des difficultés de calendrier : ils devront intégrer un volet national issu de la CNAMTS et un volet local arrêté par l'agence régionale de santé. Or les CPG ne se limitent pas à la seule gestion du risque mais jouent d'abord un rôle essentiel dans le fonctionnement et la gestion de la branche. Il ne serait pas souhaitable d'attendre l'adoption formelle du projet régional de santé (PRS), si celle-ci s'avérait trop longue, pour mettre en œuvre le programme pluriannuel régional de gestion du risque. Une première solution consisterait à intégrer le programme pluriannuel régional de gestion du risque dans les CPG sans attendre l'adoption formelle du projet régional de santé auquel ce programme est annexé. Si l'adoption des actions régionales se révélait malgré tout trop longue, pendant une phase transitoire, les CPG pourraient ne décliner que les objectifs de productivité et de service ainsi que les programmes nationaux de gestion du risque. Par avenant, les CPG pourraient intégrer le volet régional de gestion du risque dès qu'il aura été arrêté par l'ARS.

[32] La création des agences régionales de santé oblige enfin à repenser l'organisation territoriale de la branche. La mission juge que l'approfondissement de la gestion du risque permet et justifie d'envisager un rattachement fonctionnel des délégués de l'assurance maladie au directeur régional du service médical (DRSM) et de positionner celui-ci comme responsable de la gestion du risque pour la branche au niveau régional. Enfin, la mission recommande de lever les ambigüités sur les pouvoirs du représentant en charge de la définition des actions régionales et de la concertation avec l'ARS vis-à-vis des responsables des caisses ou services de l'assurance maladie qui contractualiseront avec l'agence régionale de santé pour mettre en œuvre le PRS.

**Réponse de l'organisme :** *On rappellera en préalable que les délégués de l'assurance maladie (DAM) sont des salariés de la CPAM et travaillent en collaboration avec les praticiens conseils du pôle "Relations avec les professions de santé" (RPS) des DRSM. La coordination est assurée par un binôme manager DAM / responsable de pôle RPS s'appuyant sur des outils communs, GDRPS et Impact PS. L'interface avec les professionnels de santé ne s'arrête pas aux actions menées par les DAM et les praticiens conseils mais porte sur une offre de service plus globale, enrichie par les téléservices. Sur ce champ, la mission propose le rattachement des délégués de l'assurance maladie aux directions régionales du service médical au motif de la nécessité d'une compétence médicale pour assurer le management des délégués. Une telle organisation n'apparaît pas nécessaire ni souhaitable à l'Assurance maladie. En effet, le management des délégués de l'assurance maladie, qui ne fait pas intervenir la seule compétence médicale doit être assuré dans le cadre de la mission dévolue aux caisses en matière de relations avec les professionnels de santé. Le maintien des DAM dans les CPAM permet tout à fait, comme c'est déjà le cas, l'intervention d'une compétence issue des DRSM pour assurer le management du volet médical de leur activité, qui sera d'ailleurs renforcé sur la période à venir. Enfin, il faut souligner l'impact très défavorable sur la mobilisation des caisses en matière de maîtrise médicalisée qu'aurait un tel rattachement, alors même que c'est la mobilisation de l'ensemble de son réseau qui a permis à l'assurance maladie de mener une action efficace en matière de maîtrise médicalisée des dépenses. Cette problématique de travail commun entre les caisses primaires et le service médical dépasse d'ailleurs largement la question des délégués. Elle se pose aussi par exemple dans le domaine de la gestion des arrêts de travail, des ALD ou des ententes préalables, mais aussi dans le développement de services en santé tels Sophia. Ainsi, le rapprochement des services administratifs et médicaux notamment à travers la redéfinition de processus communs et partagés apparaît comme le plus efficace et le mieux à même de prendre en compte l'ensemble des problématiques médico-administratives. Ainsi ces missions concernent bien très largement les CPAM, chargées du déploiement de ces services. Comme mentionné en réponse au paragraphe 19, la solution repose sur un pilotage transverse de processus. En ce qui concerne l'articulation avec les ARS, ce sujet est étudié dans un autre cadre (Assurance maladie / Secrétaire général des ministères).*

**Observation de la mission :** *dès lors que l'assurance maladie entend développer la maîtrise médicalisée des dépenses, l'affichage d'un rattachement aux structures administratives constitue un affaiblissement de l'objectif poursuivi. C'est en ce sens et pour résoudre les difficultés de coordination dans l'intervention croisées des délégués et des praticiens que la mission a proposé le rattachement des DAM au service médical.*

# Sommaire

**SYNTHESE ..... 3**

**INTRODUCTION ..... 17**

1. BILAN DE LA CONVENTION 2006 - 2009 ..... 18

*1.1. Issue d'une longue gestation, la convention s'est voulue ambitieuse en matière de prise en compte de la gestion du risque ..... 18*

1.1.1. Le mode de préparation et de suivi a nui à la qualité de la convention ..... 18
1.1.2. Dans la continuité de la loi portant réforme de l'assurance maladie, la COG a mis la gestion du risque au cœur de l'action de la branche ..... 20
1.1.3. Les engagements ont été trop nombreux et, s'agissant de la gestion du risque, ont une portée relative ..... 27

*1.2. Les engagements en matière de qualité de service et d'efficience de la gestion globale de la branche ont été tenus à l'exception notable de la réduction des écarts de productivité entre les organismes ..... 29*

1.2.1. La progression de la productivité a été plus importante qu'attendu ..... 29
1.2.2. Les fonctions support se sont modernisées à l'exception des systèmes d'information ..... 33
1.2.3. Les initiatives de la CNAMTS sont restées trop timides en matière de réorganisation du réseau et les écarts de productivité entre caisses ne se sont pas réduits .. 41
1.2.4. La qualité de service s'est améliorée par un élargissement de l'offre ..... 46

*1.3. Le pilotage national du réseau par la CNAMTS s'est nettement renforcé sans laisser de place à un véritable dialogue de gestion ..... 51*

1.3.1. Le pilotage par objectifs a été étendu à la gestion du risque ..... 52
1.3.2. La contractualisation conserve des marges de progrès en matière de dialogue de gestion, de prise en compte de l'efficience, de classement des organismes ..... 53
1.3.3. L'audit et le contrôle internes ont progressé surtout dans l'aide au pilotage du réseau 56

*1.4. Les programmes nationaux de gestion du risque méritent d'être développés malgré des résultats financiers qui restent en deçà des objectifs ..... 58*

1.4.1. Des résultats significatifs mais en deçà des objectifs ..... 58
1.4.2. Des résultats hétérogènes selon les organismes ..... 59
1.4.3. Une organisation à géométrie variable qui ne facilite pas la mise en œuvre des actions de gestion du risque ..... 62

2. RECOMMANDATIONS POUR LA FUTURE COG ..... 64

*2.1. L'amélioration de la productivité et la résorption des écarts de performance entre organismes doivent constituer les priorités de la prochaine COG ..... 64*

2.1.1. Le potentiel de productivité reste important compte tenu des marges de manœuvre en matière d'organisation de la production et de dématérialisation ..... 64
2.1.2. La branche doit adapter et consolider ses outils de suivi interne et son système d'information ..... 74

*2.2. La politique nationale de gestion du risque devra être confortée dans un cadre contractuel nouveau ..... 81*

2.2.1. Au niveau national, l'Etat et l'assurance maladie contractualiseront à deux niveaux qui devront être articulés ..... 81

2.2.2. Au niveau territorial, les ARS sont chargées de la mise en œuvre des actions de gestion du risque par voie de contrat avec les organismes d'assurance maladie ..... 84
2.2.3. Deux scénarios sont envisageables ..... 85
*2.3. La création des agences régionales de santé oblige à repenser l'organisation territoriale de l'assurance maladie ..... 88*

**OBSERVATIONS DU DIRECTEUR GENERAL DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES ..... 91**

**REPONSE DE LA MISSION AUX OBSERVATIONS DU DIRECTEUR GENERAL DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES 97**

**OBSERVATIONS DE LA DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE ..... 99**

**REPONSE DE LA MISSION AUX OBSERVATIONS DU DIRECTEUR DE LA SECURITE SOCIALE ..... 111**

**OBSERVATIONS DE LA DIRECTION DU BUDGET ..... 113**

# Introduction

[33] L'Inspection générale des affaires sociales a inscrit dans son programme de travail 2009 une mission d'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion (COG) signée entre l'Etat et la CNAMTS pour la période 2006-2009. La mission, composée de Madame Agnès JEANNET et de Messieurs Pierre BOISSIER, Thierry BRETON, Philippe LAFFON et du Docteur Sylvain PICARD2 a mené ses investigations de mars à septembre 2009 par voie d'entretiens à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), à la direction de la sécurité sociale (DSS), à la direction générale de la santé (DGS), à la direction générale de l'action sociale (DGAS), à la direction du Budget et au Secrétariat Général des ministères chargés des affaires sociales. Elle s'est rendue dans deux régions, celles du Centre et de Rhône-Alpes pour approfondir les modalités de pilotage du réseau des caisses par la CNAMTS. Pour examiner la mise en œuvre des actions de gestion du risque, tous les organismes de l'assurance maladie et de l'Etat ont été vus dans ces deux régions : directions régionales du service médical (DRSM), caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), agences régionales de l'hospitalisation (ARH) 3. Les investigations relatives aux autres thèmes ont été conduites dans les deux DRSM précitées et les cinq caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) du Loiret, de Loir-et-Cher, de l'Eure-et-Loir, de l'Ain et du Rhône.

[34] Les travaux de la mission ont été centrés sur les sujets suivants qui font chacun l'objet d'une fiche ou d'une annexe au présent rapport :

- la mise en œuvre des engagements relatifs à la gestion du risque[4] fait l'objet de l'annexe n° 1, à laquelle sont jointes trois fiches sur la lutte contre les fraudes et abus, les évolutions juridiques récentes[5] et la liste des engagements de la COG ;
- l'efficience et la productivité de la branche font l'objet de l'annexe n°2 ;
- les évolutions de la qualité de service sont traitées dans l'annexe n°3 ;
- la gestion des fonctions support est abordée dans l'annexe n°4 composée de fiches sur la gestion budgétaire (4-1), la gestion des ressources humaines (4-2), le système d'information de la branche, vu sous l'angle de la maîtrise d'ouvrage[6] (4-3) et l'audit interne (4-4) ;
- les indicateurs de la COG font l'objet d'une fiche n°5.

[35] Le présent rapport comporte deux parties : la première consacrée au bilan de la convention en cours, et la seconde aux recommandations pour la future COG. Cette seconde partie comprend des suggestions de contenu mais aussi de méthode, en raison des modifications de la gouvernance nationale et locale des politiques de santé instaurées par la loi du 21 juillet 2009.

[2] Pierre BOISSIER a participé aux travaux de mars à juin et Philippe LAFFON a rejoint l'équipe à partir de juillet.
[3] La mission s'est également rendue à Lille, pour rencontrer le DRSM du Nord-Pas-de-Calais en charge de la coordination du risque, et à la CPAM des Hauts-de-Seine.
[4] Le terme « gestion du risque » est issu du vocabulaire des assurances pour désigner des actions de maîtrise des dépenses. Le terme régulation est parfois retenu avec la même signification mais sous-entend une approche organisationnelle.
[5] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
[6] La mission a retenu ce thème d'investigation après un échange avec M. Alain GILETTE en charge d'une enquête sur l'informatique de la CNAMTS dans le cadre du RALFSS 2009 de la Cour des comptes.

# 1. BILAN DE LA CONVENTION 2006 - 2009

[36] La convention 2006-2009 est la troisième convention signée entre l'Etat et l'assurance maladie. La précédente convention couvrait la période 2000 à 2003[7]. Compte tenu de la préparation de la loi portant réforme de l'assurance maladie finalement publiée le 13 août 2004, les deux exercices 2004 et 2005 ont fait l'objet d'un avenant de prolongation signé le 10 juin 2004.

## *1.1. Issue d'une longue gestation, la convention s'est voulue ambitieuse en matière de prise en compte de la gestion du risque*

[37] La COG sous revue résulte largement de la réforme de l'assurance maladie, qu'elle concourt à mettre en œuvre, et son mode de préparation peut être qualifié d'exceptionnel puisqu'il a duré près de deux ans. La convention comprend des engagements sur l'ensemble du champ de la gestion du risque[8], aux côtés des engagements classiques d'une COG quant à la qualité de service et à l'efficience globale de la branche maladie du régime général de sécurité sociale. En dépit ou en raison du temps consacré à sa préparation, la COG comporte un très grand nombre d'engagements, fréquemment flous et dont les conditions de suivi sont restées très défaillantes.

### 1.1.1. Le mode de préparation et de suivi a nui à la qualité de la convention

#### 1.1.1.1. La préparation a été dominée par la loi portant réforme de l'assurance maladie de 2004

[38] La préparation de la présente convention a été longue. Deux années se sont écoulées de l'automne 2004 (date de la nomination du directeur de la CNAMTS) à août 2006 (date de la signature). Ce temps a permis de prendre en compte d'une part des modifications de gouvernance et de compétences de l'assurance maladie introduites par la loi du 13 août 2004, d'autre part la convention médicale négociée par l'UNCAM et publiée le 11 février 2005. La préparation de la prochaine COG se place dans une situation identique : elle intervient après le vote d'une loi portant réforme du système de santé, mais dans un contexte différent, celui d'un renforcement des compétences de l'Etat. La loi HPST modifie de surcroît les procédures de contractualisation entre l'Etat et l'assurance maladie tant au niveau local par la création des ARS, qu'au niveau national par la création d'un contrat liant l'UNCAM et l'Etat.

[39] La DSS a suivi les règles de l'élaboration des COG. Elle a saisi le cabinet dès octobre 2003 des orientations de la future COG sur la base du rapport d'évaluation par l'IGAS de la convention précédente 2000-2003. En mars 2004, l'échéance de la COG étant dépassée et l'élaboration de la loi sur l'assurance maladie en cours, la DSS a saisi le cabinet pour arbitrer entre plusieurs scénarios :

- la signature rapide, donc en amont de la loi d'une convention 2004-2007 déjà finalisée, ce qui renvoyait à la conclusion d'avenants la prise en compte de la réforme de l'assurance maladie ;
- la fixation des budgets pour 2004 sans COG 2004-2007, ni prolongement de la précédente ;
- un prolongement de la COG 2000-2003 par un avenant qui constitue de fait une COG de transition.

[7] Cf. IGAS « Bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2000-2003 signée entre l'Etat et la CNAMTS et propositions pour la future convention ». Rapport n° 2003-096. juillet 2003.

[8] L'avenant n°4 à la convention 2000-2003 portant sur la régulation des dépenses de santé constitue la première contractualisation entre l'Etat et l'assurance maladie sur la « gestion du risque ». La COG sous revue a clairement concrétisé cette évolution.

[40] Le texte d'une COG 2004-2007 a été finalisé en mars 2004, bien que faisant l'objet « de points de désaccord ». Mais en raison de la perspective rapprochée de la loi, l'option de prorogation de la COG a été retenue.

#### 1.1.1.2. La négociation a été marquée par l'influence de la CNAMTS

[41] Dans ce contexte nouveau, le rôle de la CNAMTS a été prépondérant dans la préparation de la convention.

[42] Tout d'abord, le conseil de la CNAMTS a délibéré sur les orientations de la gestion du risque, qui ont été arrêtées lors du conseil de juin 2005. Cinq domaines, 17 orientations et 30 objectifs y sont décrits, toute la politique de santé se trouvant décrite sous le thème de « gestion du risque ». De plus, la répartition des compétences entre l'Etat et l'assurance maladie est cernée de façon précise puisque, sur quatorze thèmes, seuls quatre sont de la seule responsabilité de la CNAMTS :

- les relations conventionnelles avec les professions de santé libérale et les centres de santé ;
- l'information aux assurés, aux professionnels de santé et aux entreprises ;
- la définition d'une partie du périmètre de soins remboursables,
- le contrôle.

[43] Les travaux préparatoires à la COG ont démarré en septembre 2005 et c'est en février 2006 que le conseil de la CNAMTS a discuté de ces orientations pour les approuver formellement lors d'un conseil de mars 2006. Forte de deux délibérations de son conseil, la CNAMTS a joué dans la négociation de la COG un rôle moteur. Cette évolution se traduit par l'article final de la COG qui stipule que « la CNAMTS s'engage à fournir un projet de convention avant le mois d'octobre de la dernière année de la convention ».

[44] Les négociations avec l'Etat se sont de surcroît déroulées dans un contexte où les attentes en matière de maîtrise des dépenses de santé ont primé sur la recherche d'une performance accrue de la branche sur sa mission de service des prestations.

[45] Or, la COG n'a pas suffisamment opéré la clarification des compétences requise par le nouveau contexte de la loi relative à l'assurance maladie. Ainsi, la formalisation des objectifs avec la CNAMTS sur la maîtrise médicalisée quand la compétence est en droit largement exercée par l'UNCAM pose des difficultés d'application :

- la loi portant réforme de l'assurance maladie a transféré de nouveaux pouvoirs à l'UNCAM, en matière de nomenclature et de gestion des relations conventionnelles notamment : c'est dans le cadre de la convention de juin 2005 signée entre l'UNCAM et les syndicats de médecins qu'ont été définies les économies attendues en ce domaine ;
- si le directeur général (DG) de la CNAMTS est aussi le DG de l'UNCAM, et si le régime général représente l'essentiel de la dépense, il reste cependant que la contractualisation avec un seul des acteurs pose un problème de cohérence.

[46] Le contrat entre l'Etat et l'UNCAM instauré par la loi du 21 juillet 2009 règle ce problème sans que soient cependant tirées toutes ses conséquences, notamment celle de l'articulation entre les deux niveaux de contractualisation (Cf II).

#### 1.1.1.3. Le suivi concerté a été défaillant

[47] Le calendrier et le mode de suivi de la COG sont précisés par le code de la sécurité sociale. La COG doit couvrir une période minimale de quatre ans et être transmise au conseil de surveillance en charge de la mission de suivi des COG[9]. Au plan administratif, la mise en œuvre de la COG fait l'objet d'un suivi par les services de la CNAMTS. Ce suivi doit faire l'objet d'un point annuel, contradictoire, avec les services de l'Etat. En dehors de l'information des services de l'Etat, l'intérêt d'une telle réunion est aussi de pouvoir prendre des mesures correctrices.

[48] Intervenant en avril 2009, la mission d'évaluation aurait dû disposer de deux rapports élaborés par la CNAMTS pour les deux premiers exercices. Dans les faits, seul l'exercice 2007 a fait l'objet d'un bilan en bonne et due forme. Pour cet exercice, la mission a disposé du document présenté au conseil de la CNAMTS en avril 2008, du rapport, « Bilan annuel de l'exécution de la convention d'objectifs de gestion 2006-2009- année 2007 » publié en juin 2008 par la CNAMTS et des compte rendus des réunions organisées par la DSS. En raison du décalage de la date de conclusion de la convention en août 2006, l'année 2006 réduite à quatre mois a été neutralisée et intégrée dans le bilan 2007. Dans les faits, cette COG ne couvre donc que trois exercices (2007 à 2009).

[49] De plus, le conseil de surveillance de la CNAMTS, comme ceux des autres caisses nationales n'a pas été reconstitué, rendant inopérantes les dispositions de suivi prévues par le code de la sécurité sociale.

### 1.1.2. Dans la continuité de la loi portant réforme de l'assurance maladie, la COG a mis la gestion du risque au cœur de l'action de la branche

#### 1.1.2.1. Une conception large de la gestion du risque a été adoptée

[50] Si un préambule sans portée juridique est consacré à la gestion du risque dans la convention 2000-2003, les engagements restaient centrés sur les enjeux de performance de la mission de service des prestations, à l'exception d'engagements relatifs à la contribution de l'assurance maladie à la politique de santé publique. Dans le rapport d'évaluation de cette convention par l'Inspection générale des affaires sociales, le constat suivant était mis en exergue : « Au total, la COG n'a défini ni orientations pluriannuelles, ni stratégie d'action, ni engagements réciproques de l'Etat et de la CNAMTS sur le thème de la régulation du système de soins [10]».

[51] Dans la continuité de l'avenant signé le 7 mai 2003 relatif à la régulation du système de soins, la COG 2006-2009 a pour la première fois pris en compte globalement cette dimension. Elle comporte une partie entière consacrée au thème de la régulation du système de santé, qualifié de « gestion du risque[11]». Elle est ainsi conforme à l'article L. 227-1 du code de la Sécurité sociale qui dispose d'une part que les COG précisent « les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations » et, d'autre part, s'agissant plus particulièrement de l'assurance maladie, prévoit que « la convention d'objectifs et de gestion mentionne notamment les orientations pluriannuelles de l'action du gouvernement dans les domaines de la santé publique, de la démographie médicale, du médicament et de la lutte contre l'exclusion en matière d'accès aux soins ».

---

[9] Articles L. 227-1 et L. 228-1du CSS, qui dispose pour ce dernier que « le conseil de surveillance se réunit au moins deux fois par an pour examiner les conditions de lise en œuvre des conventions d'objectifs et de gestion. (..) Il examine un rapport à cet effet présenté par les caisses nationales. (..) Son président remet un avis au parlement sur la mise en œuvre des conventions d'objectifs et de gestion. »

[10] Rapport IGAS précité page 5.

[11] Cf. l'article de Dominique POLTON et Jean-Marc AUBERT in Traité d'économie et de gestion de la santé, sous la direction de Pierre-Louis Bras, Gérard de Pouvourville, Didier Tabuteau (2009)

[52] Le chapitre 1 de la COG, intitulé : « Placer la gestion du risque au cœur de l'action de l'assurance maladie : Assureur solidaire en santé » affiche un positionnement de la CNAMTS très ambitieux. Il est ainsi indiqué que : « *convaincus que la politique de gestion du risque permet d'améliorer l'état de santé de la population tout en garantissant l'équilibre financier du système d'assurance maladie, l'Etat et la CNAMTS s'engagent à œuvrer à la mise en œuvre d'une stratégie volontariste de gestion du risque tout au long de la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009* ». Ce préambule explicite la stratégie globale de la convention qui vise à contractualiser des actions d'une politique globale de santé.

[53] La COG repose sur une conception large de la gestion du risque. Une vision restrictive de la gestion du risque limite son champ au contrôle des prestations qu'il s'agisse de la vérification des droits des assurés comme des bonnes pratiques des professionnels. La COG embrasse l'ensemble des actions susceptibles d'avoir un effet sur la santé tout en étant économes des ressources financières de l'assurance maladie[12]. Elle permet ainsi de relier la prévention, l'éducation pour la santé, la lutte contre la précarité et le contrôle des prestations ou l'accompagnement des professionnels.

[54] Cependant, cette conception large est également porteuse de conflit car elle conduit à inclure dans le champ de la COG des domaines qui, par définition, relèvent tant de la compétence de l'Etat que de celle de l'assurance maladie ou requièrent leur coopération, l'exemple le plus frappant étant celui des politiques de prévention. Cette difficulté n'est pas insurmontable : à défaut de définir une frontière stricte (et probablement artificielle) entre ce qui relève de l'Etat et ce qui relève de l'assurance maladie, une convention précisant les responsabilités de chaque partie dans les actions, les leviers d'action mobilisés par chacun, le calendrier à respecter pourrait lever les problèmes. Cependant, la COG 2006-2009 n'a pas réuni les conditions de cette exigence (cf. 1.1.3.).

#### 1.1.2.2. Quatre nouveaux leviers ont permis le développement de la gestion du risque

[55] Le concept de maîtrise médicalisée a émergé au début des années 1990 en opposition à celui de maîtrise comptable. Ce concept comporte, outre l'idée de la participation à une forme de régulation des dépenses, l'affirmation d'un principe de qualité de la prise en charge des individus.

[56] Quatre leviers ont permis le développement de la maîtrise médicalisée des dépenses sur la période de la COG : la création de la Haute Autorité de santé (HAS), la mise en place par la CNAMTS d'un outil d'information directe des professionnels de santé, les délégués de l'assurance maladie (DAM), la contractualisation individuelle de l'assurance maladie avec les établissements et les professionnels de santé et, enfin, une modernisation des dispositifs de contrôle et de sanction.

[57] Cette extension de la palette d'outils mis à la disposition de l'assurance maladie lui permet d'être dotée à la fois de dispositifs d'accompagnement et de dispositifs de contrôle : ce fait a indiscutablement contribué à la rénovation de la politique de gestion du risque et créé une dynamique qui devra à l'avenir être confortée et renforcée.

- *Concernant les référentiels de la HAS*

[58] La COG fonde la maîtrise médicalisée sur l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques confiée à la HAS. Dans cette perspective, une coordination de l'Etat et de la CNAMTS est instaurée dans le but de permettre à la HAS de prendre en compte leurs demandes d'avis au moment de l'élaboration de son programme annuel. L'étude des programmes de travail de la HAS pour les années concernées par la COG montre que dans le domaine de l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, la production a été soutenue. A titre d'exemple, on peut noter au titre de l'activité de l'année 2007 l'élaboration de 17 recommandations professionnelles pour la pratique clinique, de 22 guides médecin, 4 guides patients concernant les ALD et l'actualisation du guide médecin sur le diabète.

[12] Cf. l'article précité de Dominique POLTON et Jean-Marc AUBERT in Traité d'économie et de gestion de la santé, sous la direction de Pierre-Louis Bras, Gérard de Pouvourville, Didier Tabuteau (2009).

[59] L'UNCAM ou la CNAMTS peuvent également soumettre des référentiels à la validation de la HAS en application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale qui prévoit la possibilité d'assortir de conditions particulières certaines prescriptions et notamment, pour les actes réalisés en série de « *préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire* ». L'existence de ces référentiels sont cruciaux pour la mis en œuvre d'actions de maîtrise médicalisée parce qu'ils sont fondés sur des standards incontestables pour les professionnels de santé. A l'inverse, les adaptations locales comportent un risque certain de contestations et doivent donc être bannies.

- *Concernant les délégués de l'assurance maladie (DAM)*

[60] L'information des professionnels de santé sur les politiques de l'assurance maladie en matière de maîtrise médicalisée s'appuie sur un dispositif de contacts réguliers avec les praticiens conseils et les DAM, dont l'effectif est passé de 189 agents en 2003 à 1 018 agents fin 2008.

[61] Les DAM sont des agents des CPAM et sont coordonnés dans chaque caisse par un manageur. Ces manageurs DAM exercent un rôle de coordination, d'évaluation de la qualité des visites des délégués, voire de tutorat. Un agent (généralement cadre de direction d'une CPAM) exerce au niveau régional la fonction de coordination régionale des DAM. Enfin, au niveau de la DRSM, un praticien conseil est désigné comme référent médical des DAM. Un outil informatique dénommé GDR-PS (logiciel de Gestion Du Risque et Professionnel de Santé) est partagé par les praticiens conseils et les DAM afin d'articuler leurs interventions et, notamment, d'éviter les doublons ou rendez-vous rapprochés auprès des médecins libéraux.

[62] La CNAMTS a communiqué à la mission les résultats de plusieurs études particulièrement démonstratives sur les conséquences économiques positives des campagnes d'information des DAM et des entretiens confraternels organisés par les praticiens conseils. Ces études sont basées sur la comparaison des comportements de médecins ayant été concernés par les campagnes et de médecins d'un groupe témoin. L'estimation de l'économie réalisée est calculée à partir de la différence entre l'objectif des montants remboursés par l'assurance maladie et le montant remboursé tendanciel. S'agissant du retour sur investissement, les campagne sur certaines classes thérapeutiques ont permis de dégager des économies sensibles, voire importantes (1,81 € pour 1 € dépensé sur l'action la plus rentable citée par ces études).

[63] Néanmoins, les investigations menées dans plusieurs régions par la mission comme l'étude des documents fournis par la CNAMTS montrent que le dispositif des DAM se heurte à certaines difficultés dont la résolution nécessite une réflexion approfondie :

- le problème du nombre de refus de contacts avec les DAM de certains professionnels de santé ne trouve pas de solution mais le phénomène s'accroît puisque la CNAMTS dispose d'études qui procèdent au constat de son doublement entre 2006 et 2008. Ce constat vaut également pour les entretiens confraternels pour lesquels un taux de refus persiste ;
- une étude d'avril 2009 sur « L'optimisation de la visite des délégués de l'assurance maladie »13 fait apparaître une perception défavorable des visites des DAM alors que les échanges confraternels sont perçus comme une source d'information importante ;
- la mutualisation inter CPAM qui permet dans certaines régions aux actions d'être menées en cohérence n'est pas opérationnelle partout et le rattachement des DAM à une CPAM ne favorise pas cette démarche ;
- en outre, il a été signalé à la mission des cas de simultanéité de contacts auprès de professionnels de santé par les DAM et les praticiens conseils malgré le logiciel GDR-PS.

[64] L'articulation entre l'action des DAM et celle des praticiens conseils n'est pas totalement claire. Le dispositif actuel, par ses multiples coordinations, manque de simplicité et d'efficience.

[13] Etude réalisée à partir d'un échantillon de 500 médecins généralistes par la société TNS Healthcare.

**Réponse de l'organisme :** *durant la période 2003-2008, l'action des DAM et des praticiens conseils chargés des relations avec les professionnels de santé s'est développée pour devenir une vraie "force de promotion des bonnes pratiques" auprès des professionnels. L'expérience acquise au cours de ces dernières années a effectivement mis en évidence certains points perfectibles (coordination des contacts, priorisation des rencontres soit par un délégué, soit par un praticien conseil, à domicile ou par téléphone, en fonction du thème et du degré de "réceptivité" du professionnel). Des axes de développement sont en cours pour permettre d'améliorer cette relation avec les professionnels. Le déploiement d'un outil partagé service médical / service administratif va gommer les risques de contacts redondants. Par ailleurs, le concept de mutualisation se développe et DAM et praticiens conseils ont renforcé leur professionnalisme (certification des DAM, coaching des DAM par les praticiens conseils, certification de la visite DAM en cours).*

**Observation de la mission :** *si la coordination entre services administratif et service médical peut s'améliorer par un renforcement de la coordination, il serait plus efficace pour réduire les difficultés constatées de donner au service médical le pilotage des DAM. Ce pilotage est d'autant plus légitime que l'information des professionnels est « médicalisée ». Enfin, le poids des DAM dans l'effectif total des caisses n'est pas de nature à provoquer un déséquilibre.*

- *Concernant les contrats individuels avec les offreurs de soins*

[65] **Pour ce qui concerne la médecine libérale**, les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) ont été initiés au printemps 2009 hors du champ conventionnel, suite à une décision de l'UNCAM de mars 2009. Ils s'inscrivent dans une démarche de recherche d'efficacité accrue dans le domaine de la maîtrise médicalisée, dont les dispositifs mis en place antérieurement ont montré leurs limites, et d'amélioration des pratiques, y compris dans le domaine de la santé publique. Le maintien de la forte dispersion de la pratique des médecins malgré la diffusion des référentiels de la HAS constitue un exemple significatif de ce type de démarche.

[66] Le CAPI est un contrat conclu entre un médecin conventionné et la CPAM, dans le cadre d'une démarche volontaire par un médecin qui conserve, en outre, la faculté de le résilier. Ce contrat, conforme à un contrat type national, engage le médecin, en contrepartie d'une rémunération versée par la CPAM, à améliorer la prise en charge de sa patientèle au sens collectif du terme. Cette prise en charge recouvre plusieurs champs de l'activité médicale allant de la prévention primaire à la prise en charge des pathologies chroniques et à des efforts de maîtrise médicalisée. Le principe technique retenu pour les CAPI consiste à fixer aux médecins des objectifs quantifiés comme un pourcentage de la patientèle de plus de 65 ans vaccinée pour la grippe saisonnière ou le nombre de femmes de 50 à 74 ans participant au programme de dépistage du cancer du sein. Les thèmes relevant de la maîtrise médicalisée sont, pour partie, ceux qui ont figuré dans des programmes antérieurs (prescription d'IPP, IEC/Sartan...). L'élément nouveau dans le programme CAPI par rapport aux dispositifs antérieurs réside dans la rémunération offerte aux médecins et calculée en proportion de l'atteinte des objectifs ciblés[14].

[67] Dans un premier temps, la CNAMTS s'est fixé un objectif de nombre de signatures de CAPI qui correspond aux médecins identifiés comme remplissant les critères dans leur pratique professionnelle ou étant proches de les satisfaire. Les informations que la mission a pu recevoir dans les régions où elle s'est rendue portent à penser que cette première vague de contractualisation dépassera son objectif.

[68] **Pour ce qui concerne les établissements de santé**, l'assurance maladie a, à partir de 2006, souhaité donner un développement particulier à une politique de maîtrise médicalisée à l'hôpital en raison d'un triple constat :

- l'hôpital est le lieu privilégié de formation des médecins futurs prescripteurs ;

[14] Ce dispositif a suscité des réserves, voire des oppositions, dont la plus notable est celle du Conseil de l'Ordre des médecins qui, dans un avis adopté en décembre 2008, a déclaré inacceptable le principe d'une rémunération liée à des décisions médicales qui pourrait, selon lui, affecter la relation de confiance entre le médecin et le malade « qui pourrait se demander si le médecin n'a pas agi en fonction de cet intéressement ». Le Conseil de l'Ordre a demandé qu'au minimum une information des patients soit donnée à ce sujet.

- l'hôpital est devenu, grâce à ses consultations externes et ses services d'accueil des urgences notamment, un producteur de soins externes dont les prescriptions sont délivrées en ville et prises en charge sur l'enveloppe des soins de ville ;
- une partie des prescriptions des traitements des maladies chroniques sont initiées par les médecins spécialistes des hôpitaux et sont ensuite reconduites en l'état par les médecins libéraux.

[69] Ainsi, la CNAMTS a décidé d'étendre aux prescripteurs hospitaliers certaines actions qui avaient jusqu'à récemment concerné les professionnels libéraux par le biais de la convention médicale. Six priorités ont été définies : trois concernant des médicaments (statines, antibiotiques et médicaments génériques), et trois thèmes d'action (respect des règles de l'ordonnancier bizone, transports sanitaires, arrêts de travail). Les modes opératoires à mettre en œuvre ont reposé sur l'organisation d'un accompagnement des praticiens hospitaliers comparable à celui dont bénéficiaient leurs confrères libéraux et à l'établissement d'un accord cadre national relatif aux bonnes pratiques hospitalières, décrit par la loi du 13 août 2004. Le bilan de l'année 2008 de ce dispositif a montré des résultats hétérogènes au niveau national : 57% seulement des établissements publics de santé et participant au service public hospitalier avaient contractualisé un accord de bonne pratique sur les médicaments, alors que 75% de ces mêmes établissements avaient passé un accord sur les transports.

[70] Devant l'augmentation des dépenses de l'assurance maladie au titre des produits de santé facturés en sus des prestations hospitalières, la LFSS pour 2009 a donc instauré un dispositif de maîtrise médicalisée qui vient renforcer les engagements existants souscrits dans les contrats de bonnes pratiques. La circulaire de la Ministre de la santé et des sports aux ARH du 16 juin 2009 décline cette nouvelle disposition en complétant le dispositif des contrats de bon usage par un mécanisme de régulation. Alors que les contrats de bon usage traitent l'ensemble des problématiques du médicament et des dispositifs médicaux à l'hôpital (sécurisation des circuits des produits de santé, respect des bonnes pratiques de prescriptions), le nouveau dispositif de régulation s'attache à mobiliser les acteurs locaux sur l'évolution des dépenses des produits de santé remboursés en sus et à corriger les évolutions des prescriptions non justifiées.

[71] Les ARH doivent donc, en liaison avec les médecins conseils régionaux et les observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques, procéder à la mise en place de contrôle des établissements affichant une augmentation des dépenses supérieure à 10 % sur le poste des produits de santé délivrés en sus afin de s'assurer de la conformité des prescriptions aux référentiels existants.

[72] En fonction des conclusions de ces contrôles, les ARH mettront en place un dispositif de régulation comportant un volet préventif pour accompagner l'établissement dans sa démarche de retour au respect de ses engagements et un volet plus coercitif visant à pénaliser financièrement l'établissement dans le cadre d'une procédure pluri annuelle que la circulaire décrit.

- *Concernant la réforme des procédures de contrôle et de sanction*

[73] La mission a examiné d'une part la mise en œuvre des contrôles « classiques » de facturation notamment dans les établissements de santé publics et privés, d'autre part la mise sous entente préalable de prescriptions ou d'activités. Ces contrôles présentent la caractéristique d'être ciblés et d'avoir des suites diversifiées, du remboursement des indus aux sanctions financières voire pénales[15].

[74] **Le contrôle de la tarification à l'activité (T2A) concerne l'ensemble des établissements de santé** mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, soit des établissements financés antérieurement par dotation globale (dits Ex-DG) et des cliniques financées antérieurement dans le cadre de l'objectif quantifié national (dits Ex-OQN). Le nombre d'établissements concernés est d'environ 1 400.

[15] Cf. Fiche n°1.2. Sur le bilan de la lutte contre les fraudes et abus.

[75] Les modalités du programme de contrôle contentieux sont définies par une lettre réseau. Il s'agit, à partir des données de l'activité de l'année n – 1 :

- de cibler les établissements de santé et les activités les plus déviants en matière de coût pour l'assurance maladie ;
- de faire analyser sur site, par des praticiens conseils, les dossiers retenus ;
- de notifier les indus aux établissements dont les facturations sont erronées ;
- d'assurer le suivi des contentieux ultérieurs éventuels.

[76] Ces contrôles T2A sont pilotés dans les régions par une Unité de Coordination Régionale (UCR) placée auprès de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

[77] Les praticiens conseils qui réalisent les analyses de dossiers médicaux pour vérifier la cohérence des soins reçus par le patient avec son Résumé de Sortie Standardisé (RSS) ont, en théorie, reçu une formation spécifique dans cette perspective. La mission a noté cependant que dans les régions où elle s'est rendue, cette formation n'avait pas été systématiquement suivie..

[78] S'agissant des décisions de sanctions qui peuvent être prises à l'encontre des établissements, une circulaire de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) en date du 31 juillet 2007 fixe la procédure et rappelle que l'année 2007 est la première année de déroulement des contrôles T2A avec possibilité de sanction financière. La procédure préconisée est la suivante :

- inscription de l'établissement dans le programme régional à l'issue du ciblage par l'UCR (programme validé par la commission exécutive (COMEX) de l'agence régionale de l'hospitalisation) ;
- réalisation du contrôle et production du rapport ;
- instruction par l'UCR du rapport de contrôle et élaboration d'un rapport de synthèse ;
- instruction par la COMEX.

[79] La circulaire précise que si le rapport comporte une proposition de sanction, la COMEX statue et engage une procédure contradictoire avec l'établissement qui dispose d'un mois pour présenter ses observations. Il faut noter qu'en cas de désaccord entre l'établissement et les contrôleurs, une procédure de saisine de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) est mise en place. La COMEX prend ensuite une décision définitive. La mission a pris connaissance de plusieurs résultats de ces contrôles qui démontrent une nette insuffisance de la vigilance des départements d'information médicale des hôpitaux (DIM) concernant la validation des RSS qu'ils sont amenés à valider. Les deux types majeurs de dérives observées sont la facturation de séjours en hospitalisation à temps partiel pour des actes relevant de consultations externes et la facturation de suppléments par des établissements non autorisés à réaliser les activités concernées.

[80] Afin d'harmoniser les analyses et de fournir des argumentaires type aux services du contentieux des CPAM concernées, la CNAMTS a mis en place un groupe de travail chargé de répertorier et d'analyser les contentieux dès l'année 2007

[81] En 2007, le bilan des contrôles T2A réalisé par la CNAMTS montre de fortes disparités régionales sur les modalités d'exercice de cette nouvelle activité :

- neuf UCR ont proposé des sanctions financières à la COMEX de leur ARH et dans les 15 autres régions aucun contrôle ne figurait dans les programmes régionaux de contrôle ;
- en 2007, l'UCR d'Ile-de-France n'a proposé aucune sanction alors que celle d'Aquitaine en a proposé 19.

**Réponse de l'organisme :** *Comme le souligne la mission, le bilan de la campagne 2007 de contrôle T2A témoignait d'un nombre de sanctions financières proposées à la COMEX de l'ARH encore réduit, avec de fortes disparités régionales. Ce résultat s'expliquait par l'évolution réglementaire intervenue en 2006 (décret d'application des sanctions prévues à l'article L.162-22-18 du code de la sécurité sociale et dispositions réglementaire conditionnant les contrôles T2A). En effet, ne pouvait être prise en compte que l'activité réalisée sous ce régime juridique. L'activité prise en compte lors des contrôles 2007, portant sur l'année 2006, ne représentait donc pas une année pleine d'activité. En 2008, les contrôles ont porté sur les séjours produits par les établissements au cours de l'année 2007, soit sur l'année pleine. Le nombre de sanctions proposées par les UCR s'est élevé à 412 sanctions financières concernant 222 établissements, dans l'ensemble des régions.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[82] Ce constat a un caractère assez démotivant pour les agents de l'assurance maladie, pour qui la lourdeur des contrôles T2A suppose un investissement personnel important, et conduit en outre à laisser se pérenniser des comportements abusifs dont les conséquences financières sont défavorables pour l'assurance maladie.

[83] **Les mises sous accord préalable ont été mises en œuvre à partir de 2005 auprès des professionnels de santé exerçant en ville.** L'article 162-1-15 du code de la sécurité sociale permet aux directeurs de caisse d'assurance maladie de subordonner le versement des indemnités journalières à l'accord préalable du service du contrôle médical. La loi de financement de la sécurité sociale de 2008 a étendu ce dispositif à d'autres prescriptions. Il a été utilisé dans le cas de médecins dont les pratiques professionnelles s'écartaient notablement des comportements standards (médecins prescrivant des volumes cumulés d'arrêts de travail quatre fois supérieurs à la moyenne, forts prescripteurs de transports en ambulance ou en actes de masso-kinésithérapie).

[84] Dés la première année de mise en vigueur de ces mesures d'accord préalable, 46 praticiens ont été concernés. Ils avaient fait auparavant, et sans succès, l'objet de mesures incitatives leur permettant de réintégrer leur pratique dans les standards habituels (échanges confraternels avec des praticiens conseils, courriers de mise en garde etc..). En 2008, ce sont 450 professionnels qui ont été mis sous accord préalable pour leurs prescriptions d'arrêts de travail, de transports sanitaires ou d'actes de masso-kinésithérapie.

[85] **Ce dispositif contraignant a été étendu à certaines activités hospitalières**.

[86] Les statistiques d'activité des établissements publics et privés français ont montré depuis une vingtaine d'année un retard au développement de la chirurgie ambulatoire en comparaison d'autres pays. Ainsi, en 2008, l'opération de la cataracte, qui se prête particulièrement à ce type de chirurgie, n'était réalisée en ambulatoire que dans 63% des cas dans le secteur public et 70% dans le secteur privé. Les extractions dentaires n'étaient réalisées en ambulatoire que dans 65% des cas dans le secteur public et 77% dans le privé. De nombreux échanges ont eu lieu sur ce sujet entre les responsables de l'assurance maladie et ceux des établissements de santé au cours des années 2007 et 2008 pour rechercher une évolution des pratiques sur ce sujet. Cette politique d'accompagnement s'est traduite par une progression de la chirurgie ambulatoire de 8% dans le secteur public pour les actes concernés et de 4 % dans le secteur privé.

[87] Afin d'accélérer la réalisation des objectifs en la matière, 248 établissements (157 publics et 91 privés) ont été mis sous accord préalable à partir de mai 2008 pour la réalisation en hospitalisation complète de cinq interventions[16]. Les 6 769 demandes traitées de mai 2008 à février 2009 ont reçu dans 98 % des cas un avis favorable du service médical et correspondent donc à des situations qui justifiaient, à titre exceptionnel, une prise en charge en hospitalisation complète. Il faut noter qu'en février 2009, il n'y avait pas eu de recours émanant d'assuré sociaux.

[16] Arthroscopie du genou (diagnostique et thérapeutique), extraction dentaire, chirurgie de la cataracte, chirurgie des varices, adénoïdectomie, amygdalectomie.

#### 1.1.2.3. Les effectifs mobilisés sur la gestion du risque ont crû de 10% sur la période 2005-2008

[88] En 2008, l'ensemble des personnels affectés aux missions de gestion du risque[17] tous organismes confondus (CPAM, CRAM, DRSM, URCAM) représentent près de 10 500 personnes contre 9500 en 2006 pour un effectif global pour la branche de près de 80 000 salariés.

[89] Au delà des URCAM dont la seule mission concerne la gestion du risque et qui voient 100% de leurs effectifs affectés à la régulation, les DRSM sont le réseau le plus impliqué (47 %), puis la CNAMTS (23 %), les CRAM (14 %) et, enfin, les CPAM pour 8 % en 2008.

[90] Alors que les effectifs globaux de l'assurance maladie ont diminué de l'ordre de 5 000 ETP (5 110 exactement si l'on prend en compte les CDI et les CDD) sur la période 2005 à 2008, ceux qui ont été affectés à la gestion du risque ont crû de l'ordre de mille ETP. L'augmentation globale des effectifs affectés à la gestion du risque est concentrée sur les CPAM (+30%). Les effectifs des DRSM et URCAM restent stables alors que ceux des CRAM chutent nettement (-8%). Sur la période, les évolutions respectives des effectifs des CPAM et des DRSM montrent un effet de ciseaux : à partir de 2007, les effectifs des CPAM affectés à la régulation sont supérieurs en nombre d'ETP à ceux qui sont affectés dans les DRSM.

### 1.1.3. Les engagements ont été trop nombreux et, s'agissant de la gestion du risque, ont une portée relative

[91] Les très nombreux engagements qui déclinent dans la COG les actions jugées prioritaires pour la période 2006- 2009, ne précisent pas toujours de façon concrète les responsabilités réciproques de l'Etat et de l'assurance maladie ou leurs conditions de mise en œuvre, ce qui rend le contrat peu opérationnel. Il est de surcroît peu articulé avec les lois de financement de la sécurité sociale.

#### 1.1.3.1. Seuls une dizaine d'engagements ont fait l'objet de suivi

[92] La COG définit dans son chapitre 4-1 les modalités de suivi et d'évaluation des engagements. Elle précise que « ce suivi repose sur des indicateurs figurant en annexe et sur tout autre élément permettant d'apprécier la mise en œuvre des engagements ». Le nombre d'engagements souscrits par les parties à la COG en cours est très important. La mission les estime à plus de 200 dont cent sur la gestion du risque[18]. Seulement quelques uns font l'objet d'un échéancier, d'objectifs et d'indicateurs de suivi. De sorte que tous les autres relèvent plus d'une déclaration de principe que de la mise en place d'un processus devant déboucher sur leur mise en œuvre.

[93] Sachant que la COG comprend pour la gestion du risque le suivi de quatorze indicateurs, il est possible de conclure qu'une quinzaine d'engagements sur une centaine sont de portée opérationnelle : le responsable ou chef de file pour l'action est précisé ainsi que le calendrier pour l'atteinte des résultats et l'indicateur de résultat. De plus, l'Etat et CNAMTS n'en ont retenu que huit lors de la première réunion de suivi concerté sur le bilan de l'exercice 2006 effectué en juin 2007[19], puis onze pour le bilan de l'exercice 2007 lors de la réunion du 5 mai 2008[20]. Les points ajoutés en 2008 sur le bilan 2007 sont relatifs au contrôle : liquidation médico-administrative, mise sous accord préalable et récupération d'indus. De même, l'annexe 2 au PLFSS pour 2009, qui présente le bilan pour 2007 des objectifs et moyens des organismes de sécurité sociale, ne retient que six objectifs[21].

---

[17] La comptabilité analytique repose sur une répartition des activités par pôles. La gestion du risque est dans cet outil baptisé « régulation »

[18] Cf fiche 1.4. sur les engagements de la COG en matière de gestion du risque.

[19] Suivi de la COG CNAMTS 2006. Compte rendu des réunions de suivi des objectifs du 4 juin 2007

[20] Suivi de la COG CNAMTS 2007. Compte rendu des réunions de suivi des objectifs du 4 mai 2008

[21] Prévention (programme de santé bucco-dentaire chez les jeunes), amélioration de la répartition de l'offre de soins (avenant conventionnel pour favoriser l'installation en zones déficitaires), accès aux soins des publics en situation

[94] Pour les deux exercices de 2006 (quatre mois) et 2007, certains indicateurs n'ont pas été servis, comme le nombre de patients atteints de maladie chronique bénéficiant d'un accompagnement, ou ne sont pas calculés, comme le nombre de médecins ayant modifié leur comportement suite à des actions de la CNAMTS. Il faut en outre souligner que la liste de ces indicateurs de suivi n'a pas été actualisée pour tenir compte des actions nouvelles engagées par la CNAMTS. Les engagements de la partie relative à la gestion du risque ne prennent une portée opérationnelle que lorsqu'ils sont déclinés dans les CPG pour mise en œuvre par les caisses (Cf. 1.3.1.).

[95] Les deux chapitres relatifs à l'offre de service et à la performance globale de la branche comportent des engagements plus clairs et plus opérationnels. Ils correspondent à la logique fondatrice de l'outil COG, de même que les annexes qui fixent les moyens que l'Etat permet à l'assurance maladie d'utiliser pour le fonctionnement de son réseau et pour le financement de l'action sanitaire et sociale et des actions de prévention. Sont énumérés les engagements de la CNAMTS en matière d'organisation du réseau, d'efficience, ou encore de qualité de service. Cette partie, classique, est beaucoup plus opérationnelle. Elle donne aussi lieu à un meilleur suivi.

#### 1.1.3.2. Les engagements ont été trop imprécis sur leurs conditions de mises en œuvre

[96] La rédaction instaure une ambiguïté sur le partage des responsabilités pour un bon tiers des engagements. Cette imprécision se caractérise par la formule « l'Etat et la CNAMTS … » qui est très fréquemment utilisée dans les deux thèmes relatifs à l'efficience et à l'organisation des soins, dans lesquels l'Etat conserve de larges compétences. Si les actions de maîtrise médicalisée des dépenses[22], qui ont été définies dans la convention publiée le 12 janvier 2005 entre l'UNCAM et les syndicats de médecins, font partie des engagements propres de la CNAMTS, pour toutes les autres actions en revanche, notamment celles relatives à l'hôpital, au déploiement des bonnes pratiques professionnelles et à la formation pour ne citer que quelques exemples, la responsabilité de l'Etat et de la CNAMTS est partagée sans que l'on sache précisément les actions qui sont attendues de l'un ou de l'autre.

[97] En outre, les engagements de la COG ne précisent pas les leviers d'action que l'Etat ou la CNAMTS doivent mettre en œuvre.

#### 1.1.3.3. En dépit des responsabilités de l'assurance maladie en matière de respect des objectifs de dépense, ses engagements n'ont pas été traités dans le cadre de la COG

[98] Le rôle de la contractualisation dans le respect des objectifs de dépenses n'apparaît pas clairement. Si l'annexe de la COG consacrée aux indicateurs comprend, au titre de la gestion du risque, un indicateur de réalisation des objectifs centré sur l'évolution de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), celui-ci n'est chiffré que pour 2006 (en raison de la responsabilité de la CNAMTS sur l'exécution de cet ONDAM voté) et renvoie aux LFSS pour les exercices ultérieurs.

[99] En réalité, le suivi de l'ONDAM dans toutes ses composantes se fait hors de la COG :

- dans la phase de préparation, l'UNCAM formule des propositions dans le cadre du rapport « Charges et produits » transmis à la fois aux ministres et au Parlement23 et la LFSS est l'instrument juridique de définition des engagements de l'Etat et de l'assurance maladie;

---

de fragilité sociale (mesures pour promouvoir le dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé), maîtrise médicalisée à l'hôpital, maîtrise médicalisée en ville, lutte contre la fraude.

[22] Ce volet a fait l'objet d'un bilan par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) en juillet 2009.

[23] Depuis la LFSS 2006, ce rapport charges / produits est réalisé par l'Uncam alors qu'auparavant, chacun des trois grands régimes proposait son propre rapport. La LFSS pour 2009 a précisé qu'il devait inclure un bilan détaillé de la mise en œuvre et de l'impact financier des mesures proposées l'année précédente et adoptées par le Parlement, ainsi que des négociations conventionnelles.

- dans la phase d'exécution, les dispositions de l'article L. 114-4-1 du CSS contraignent les trois caisses nationales à proposer des mesures de redressement en cas de risque sérieux de dépassement de l'ONDAM constaté par le comité d'alerte. En outre, un comité informel de suivi de l'ONDAM, présidé par les ministres, peut examiner l'évolution des dépenses et le respect des engagements et, le cas échéant, discuter des actions correctrices.

[100] Cet état de fait tient probablement à l'absence d'avenant annuel à la COG, précisant les engagements de la CNAMTS en termes de mise en œuvre des dispositions adoptées par le Parlement (dont le montant de l'ONDAM) ou par les partenaires conventionnels. La loi offre la possibilité d'avenants annuels à la COG[24], disposition qui n'a pas été mise en œuvre sur la période de contractualisation. Le nouveau contrat liant l'Etat et l'UNCAM prévoit des dispositions identiques, qu'il conviendra de mettre en œuvre (L. 182-2-1-1 CSS). Il faut noter que cette logique d'avenants annuels est d'ores et déjà appliquée par la CNAMTS dans ses relations avec les organismes locaux : les contrats pluriannuels de gestion (CPG) sont modifiés chaque année par avenant sur le seul domaine de la gestion du risque.

### *1.2. Les engagements en matière de qualité de service et d'efficience de la gestion globale de la branche ont été tenus à l'exception notable de la réduction des écarts de productivité entre les organismes*

#### 1.2.1. La progression de la productivité a été plus importante qu'attendu

##### 1.2.1.1. Le gain de productivité a été de 9 % entre 2005 et 2008

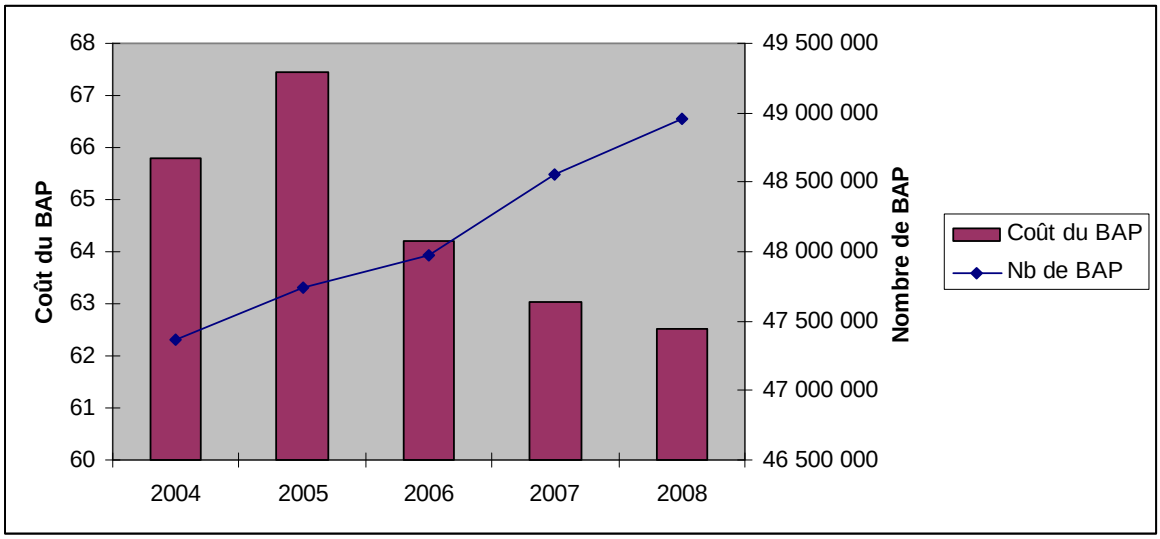
[101] Un objectif d'amélioration de l'efficience[25] de 6 % sur la période de la COG était prévu dans la convention. L'indicateur associé était une augmentation du nombre de bénéficiaires actifs pondérés (BAP) par ETP de 6 % sur la période. Dès la fin de l'année 2008, cet objectif était nettement dépassé puisqu'entre fin 2005 et fin 2008 l'efficience mesurée ainsi s'était améliorée de plus de 9%.

[102] Lorsque l'on prend une seconde méthode de mesure consistant à mesurer l'efficience en rapportant l'évolution des dépenses à l'évolution du nombre de BAP (coût du BAP), les résultats sont également supérieurs à l'objectif.

[24] L'article L.227-1 dispose « *ces conventions …déterminent également 1° les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution de chaque convention, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale »*

[25] L'efficience met en relation les résultats atteints avec les ressources financières utilisées.

Graphique 1 : Evolution du coût du BAP et du nombre de BAP




*Source : CNAMTS, calculs de la mission*

[103] Pour compléter et affiner l'analyse de l'évolution de la productivité globale, la mission a étudié son évolution sur les processus les plus importants en termes d'activité et de moyens mobilisés. Cette analyse confirme les gains réalisés. Elle révèle aussi que les progrès sont très variables d'un processus à l'autre, voire que la productivité s'est dégradée pour certains d'entre eux (traitement des feuilles de soins papier (FSP) par exemple)[26].

**Réponse de l'organisme :** *La dégradation de la productivité des FSP est quasi mécanique car ne subsistent, en charge de travail, que les dossiers les plus complexes et donc les plus longs à liquider.*

**Observation de la mission :** *Cela peut aussi signifier qu'il y a un décalage entre le niveau de dématérialisation des feuilles de soins et la répartition des moyens qui sont consacrés au traitement des feuilles de soins papier ou numérisées.*

[104] Une large partie de l'évolution globale trouve son explication dans la croissance de la dématérialisation des feuilles de soins qui est passée de 77% en 84% en 2008. Comme le montre le tableau ci-dessous, l'augmentation de la dématérialisation à réduit de plus de 4 000 les besoins de la branche maladie en ETP pour traiter l'ensemble des feuilles de soins[27].

[26] Cf annexe n°2, tableau n°8.

[27] Pour isoler l'impact sur les effectifs de la dématérialisation entre 2004 et 2008, il faut appliquer le taux de dématérialisation de 2004 aux données de l'exercice 2008. Après avoir calculé les effectifs qui auraient été nécessaires pour traiter les décomptes de 2008 avec le taux de dématérialisation de 2004 et les productivités de 2008, on peut, par comparaison avec les effectifs réels donnés par la comptabilité analytique pour 2008, en déduire l'évolution des ETP

Tableau 1 : Impact de la dématérialisation des feuilles de soins entre 2004 et 2008

| | Répartition en 2004 | Application au nb de décomptes 2008 | Productivité 2008 (nb d'ETP pour 100 000 décomptes) | ETP théoriques 2008 pour la répartition 2004 | ETP réels 2008 | Evolution des ETP |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Remboursement FSP manuel** | 11% | 117 232 824 | 7,3 | 8 558 | 4 144 | -4 414 |
| **Remboursement FSE + B2*** | 77% | 820 629 768 | 0,5 | 4 103 | 4 521 | 418 |
| **Remboursement FSP Scanner** | 11% | 117 232 824 | 1,9 | 2 227 | 2 181 | -46 |
| **Total** | | **1 065 752 945** | | **14 889** | **10 846** | **-4 043** |

** Etablissements de santé*

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission.*

[105] L'analyse de la productivité montre que ce sont les processus qui ont fait l'objet de la dématérialisation la plus importante qui ont connu les gains de productivité les plus forts (17% sur le traitement des flux FSE et B2). Les gains de productivité ont également été importants dans le traitement des IJ maladie, maternité et paternité (13%).

[106] Tous les gains n'ont cependant pas encore été engrangés :

- concernant les FSE, si les progrès de la dématérialisation sont incontestables, on observera que le taux de dématérialisation est très inégal selon les professionnels de santé. Il s'établit à près de 95% pour les officines. Par contre, des améliorations sont encore réalisables pour les infirmières (25% des cellules actes) et plus encore pour les généralistes et les spécialistes qui représentent 20% des cellules actes et qui connaissant les taux de dématérialisation les plus faibles des professionnels de santé (respectivement 65% et 59% en 2008).
- les prestations en espèces recouvrant le versement des indemnités journalières (IJ) qu'elles soient longues ou courtes (maternité, paternité, maladie) n'ont fait l'objet d'une démarche de dématérialisation que plus tardivement.

[107] Si l'on essaie d'approcher l'efficience globale de la branche par le poids des charges de gestion administrative au regard des prestations d'assurance maladie, d'accidents du travail et de maladies professionnelles, on observe une baisse significative. Les frais de gestion passent ainsi de 5,07% des prestations versées en 2003 à 4,28% en 2008.

#### 1.2.1.2. L'objectif de réduction des effectifs a également été tenu

[108] L'objectif de 6% de gains d'efficience sur la période de la COG supposait une réduction des effectifs de près de 2 500 ETP, soit un taux moyen de remplacement de 60% compte tenu des prévisions de départs en retraite. Cet objectif a été largement dépassé puisque, dès la fin 2008, plus de 5 000 ETP (CDD+CDI) ont été supprimés.

**Réponse de l'organisme :** *Sur 2006-2009, l'objectif était bien une réduction de 4 500 ETP (et non 2 500) ; arrêté à fin 2008, l'objectif intermédiaire était de – 3 605 ETP à mettre en regard avec les – 5 110 ETP observés.*

**Observation de la mission :** *il faut effectivement lire 4500 et non 2500 ETP.*

[109] Cette réduction plus forte s'explique par des départs à la retraite pour carrières longues, qu'il était difficile d'anticiper. Sur approximativement 3 000 départs à la retraite observés chaque année depuis 2006, un tiers sont des départs liés à la réforme de 2003.

Tableau 2 : Evolution des ETP annuels rémunérés, CDI + CDD

| | | | | | Evolution 2005/2008 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | en ETP | En % |
| CGSS * | 1 866 | 1 866 | 1 847 | 1 868 | 2 | 0,11% |
| CNAMTS | 1 951 | 1 920 | 1 925 | 1 947 | -4 | -0,21% |
| CPAM | 62 854 | 61 185 | 59 554 | 58 906 | -3 948 | -6,28% |
| CRAM | 6 218 | 6 113 | 5 943 | 5 858 | -360 | -5,79% |
| CTI | 616 | 598 | 589 | 582 | -34 | -5,52% |
| DRSM | 9 584 | 9 368 | 9 119 | 8 821 | -763 | -7,96% |
| URCAM | 308 | 318 | 312 | 305 | -3 | -0,97% |
| Total | 83 397 | 81 368 | 79 289 | 78 287 | -5 110 | -6,13% |

*Source : Base UCANSS, fichiers annuels 2004 à 2008, etp annuels rémunérés, CCN, FNGA+FNCM, CDI+CDD*

#### 1.2.1.3. Les moyens budgétaires associés à la COG ont été surestimés

[110] Depuis 2003, l'assurance maladie sous-exécute son enveloppe de crédits. Après s'être amélioré entre 2003 et 2004, le taux d'exécution diminue d'année en année. Il est passé de plus de 94% en 2006 à 86% en 2008.

[111] Cette inexécution est très largement le fait des services administratifs : le réseau du service médical, compte tenu des moyens mobilisés, ne représente qu'une faible part de la sous exécution. L'examen des taux d'exécution montre que certaines lignes de dépenses sont particulièrement mal exécutées. Il en est ainsi de tous les investissements, informatique et hors informatique, ou liés à VITALE 2 pour lesquels la consommation peine à atteindre la moitié des crédits. Toutefois, les lignes les plus mal exécutées ne sont pas celles qui pèsent le plus dans le total de la sous-exécution du régime général de l'assurance maladie. En effet, ce sont les dépenses de personnel et les autres comptes de fonctionnement qui expliquent, selon les années, entre 61 et 65% de la sous-exécution et cette part va croissant depuis 2006. C'est aussi vrai sur une période un peu plus longue puisqu'en 2004 les dépenses de personnel et les autres comptes de fonctionnement représentaient 59% des crédits non consommés. A elles seules, les dépenses de personnel représentent donc un tiers de la non exécution. C'est la traduction de la réduction des effectifs à un rythme supérieur aux prévisions de la COG.

[112] La part des crédits non consommés qui est réaffectée aux exercices suivants se situe entre 80 et 90% suivant les années. C'est le Directeur général qui prend la décision de rendre ou de reporter les autorisations de dépenses. Le choix de conserver la plus grande partie des crédits ne se justifie par aucun besoin particulier. La CNAMTS dispose déjà d'une réserve nationale pour faire face aux imprévus. Cette stratégie aboutit à la constitution d'une réserve qui laisse une marge de manœuvre bien trop importante (plus de 900 M€ fin 2008). Même si cette stratégie n'a pas d'impact négatif, il aurait été plus clair et préférable de rendre les autorisations de crédits au fur et à mesure pour qu'elles soient annulées.

**Réponse de l'organisme :** *Il est compréhensible que le taux d'exécution diminue d'année en année car il s'agit de résultats issus de cumuls de crédits non consommés en raison notamment de la situation décrite au paragraphe [10] ci-dessus. Il faut observer que si l'on neutralise la 1ère année de la COG qui ne peut être considérée comme significative, les taux d'exécution des crédits utilisés par rapport aux crédits notifiés aux organismes n'a que peu varié entre 2007 (98,7%) et 2008 (98,5 %) et devrait atteindre 99,5% au titre de l'année 2009 sous l'emprise d'une charge de travail préoccupante. On ne peut donc considérer que l'assurance maladie sous exécute ses crédits. Par ailleurs, l'exécution intégrale des crédits ne représente pas un objectif en soi dans une logique de recherche d'efficience. Le moindre taux d'exécution budgétaire se rapporte à l'analyse de l'exécution "dépenses constatées/crédits autorisés". Les raisons essentielles de cette situation sont expliquées au paragraphe [10] ci-dessus. Ils portent essentiellement, ainsi que l'indique la Mission, pour une part significative sur les investissements informatiques qui ont subi des décalages dans le temps. Comme indiqué supra, certains crédits non consommés à hauteur de plus de 200 M€ n'ont pas été reportés ou, autrement dit, les autorisations de crédits ont été annulées.*

**Observation de la mission :** *Comme la mission l'a clairement indiqué la sous consommation des crédits informatiques ne représentent qu'une part modérée de la sous consommation totale (près de 16% en 2008, cf. Tome 2, annexe 4.1). La mission rappelle que plus 900 millions n'ont pas été consommés, ce qui n'est pas en soi critiquable. Il est plus contestable de conserver un tel volume d'autorisations de crédits sur toute la durée de la convention.*

### 1.2.2. Les fonctions support se sont modernisées à l'exception des systèmes d'information

#### 1.2.2.1. La politique des ressources humaines a été dynamisée, notamment par l'intéressement, mais la question de l'outil informatique reste posée

[113] La convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 assigne à la CNAMTS un objectif stratégique : adopter une gestion des ressources humaines de nature à permettre de réussir les changements introduits par le placement de la gestion du risque au cœur de l'action de l'assurance maladie.

- *Les marges de manœuvre créées par les départs en retraite ont permis des évolutions de la rémunération moyenne favorables, dans un contexte général de baisse des dépenses de personnel*

[114] Le montant des dépenses de personnel a connu une baisse sensible en 2006, et plus mesurée par la suite. Ce phénomène s'explique par deux mouvements : au premier chef, les départs en retraite et la réduction des effectifs ; ensuite, les effets du GVT et de la politique des rémunérations.

[115] La structure des salaires fait apparaître un poids encore modeste mais non négligeable des rémunérations qui soit prennent en compte les compétences et les responsabilités, soit tiennent compte des performances. Cette évolution a permis l'introduction au sein de l'assurance-maladie d'une culture d'objectifs désormais correctement intégrée par l'ensemble du personnel.

[116] Le montant total de l'intéressement est notable (pour 2008 660 € par agent à la CPAM des Hauts-de-Seine 654 € par agent à la CPAM du Loir-et-Cher, ce qui représente environ un demi-mois de salaire), et le taux d'intéressement est passé de 1,5 à 2,5% de la masse salariale en 2009, ce qui permet d'en renforcer la portée. Pour les personnels de CPAM pris dans leur ensemble, les rémunérations attachées aux coefficients, aux points d'expérience et aux points de compétence représentent 98,3% des salaires, les points attachés aux fonctions exercées et aux responsabilités 0,3%, l'intéressement et les primes de résultat 1,4%. Cependant, ces types de rémunération prennent, logiquement, un poids croissant avec les responsabilités. Ainsi, pour les seuls employés de CPAM, les salaires (hors charges sociales) résultant des coefficients, des points d'expérience et compétence représentent 98,7% des rémunérations et l'intéressement 1,3% de celles-ci. Pour les agents de direction des CPAM en revanche, le salaire « de base » représente 85,4% des rémunérations, les points attachés aux fonctions exercées et aux responsabilités 10%, et les primes de résultat et l'intéressement 4,6%.

[117] Le dispositif d'intéressement en vigueur depuis 2003 constitue une profonde nouveauté pour l'assurance maladie, comme pour les autres branches. Il a notamment le mérite de lier les engagements de la COG, leur déclinaison dans les CPG et la rémunération des agents. A ce titre, il contribue fortement à l'appropriation collective des objectifs au sein de la branche. La pondération qui a été opérée entre les missions, le service et la performance matérialise de surcroît clairement les priorités de la branche. Pour autant, le dispositif présente des limites qui sont de deux ordres :

- le système est insuffisamment discriminant entre caisses : il est calculé pour 40 % sur part nationale et 60 % sur part locale et l'écart de la meilleure à la moins bonne représente environ 100 € (de 588€ à Mende à 703€ à Angoulême, pour un maximum théorique de 843€ sur l'intéressement 2008 versé en 2009);
- la définition du montant des socles de performance est hétéroclite : certains sont proches des objectifs (sur la qualité de service et la performance) ; d'autres en sont très éloignés (sur la maîtrise médicalisée notamment). De ce fait, le taux de déclenchement de 50% de réussite apparaît peu discriminant ;

**Réponse de l'organisme :** *Le système d'intéressement est jugé insuffisamment discriminant par la mission. Cependant, on peut observer qu'en ce qui concerne la part locale, qui représente désormais 60% de l'intéressement total, l'écart entre la meilleure et la moins bonne caisse est de l'ordre de 40%. Si le taux de déclenchement de 50% de réussite pour la part locale apparaît peu discriminant, il évite l'injuste effet de seuil. La notion de socle de performance peut être perçue comme « hétéroclite » par la mission mais elle permet toutefois d'aller dans le sens d'une discrimination plus notable sans phénomène de couperet binaire lié à un effet "oui/non" dans l'atteinte de l'objectif. Enfin, une part nationale réduite quant au poids dans l'intéressement pourrait avoir comme conséquence pour les organismes de ne pas porter assez d'efforts sur des objectifs nationaux tout aussi importants que ceux des CPG de chaque organisme, dont le résultat représente la part locale.*

**Observation de la mission :** *Vu, le dispositif d'intéressement comporte encore des marges d'améliorations.*

[118] La mission a pu constater que les objectifs étaient paramétrés pour que le socle qui déclenche l'intéressement puisse être atteint par toutes les caisses. En outre, plusieurs objectifs de maîtrise médicalisée sont communs à plusieurs organismes du réseau : CPAM et DRSM ou CRAM et DRSM ou encore CPAM, CRAM et DRSM. Dans ces cas d'objectifs partagés, il n'est pas possible de distinguer ce qui relève de chacun des organismes impliqués dans l'action.

**Réponse de l'organisme :** *La mission observe que plusieurs objectifs de gestion du risque sont communs à plusieurs organismes du réseau sans distinguer ce qui relève de chacun. Ce choix d'objectifs partagés est une démarche assumée afin de développer les synergies entre les différents organismes, comme il a été fait dans le passé avec des objectifs régionaux pour les CPAM, ceci dans le respect de la complémentarité des compétences. Il s'agit là d'une illustration de ce qui a été développé en réponse au paragraphe 32 (pilotage transverse d'actions visant à atteindre un objectif commun).*

**Observation de la mission :** *Vu*

[119] Ce caractère peu discriminant pouvait se justifier dans une phase de construction du dispositif où l'appropriation était un facteur essentiel. Il semble désormais nécessaire de discriminer plus fortement entre les organismes selon les taux de réussite et d'être plus sélectif dans les sanctions positives.

- *Si la COG fixe des priorités qui sont claires, la dynamisation de la gestion des ressources humaines demeure limitée*

[120] Les analyses métiers du schéma directeur des ressources humaines (SDRH) ont permis d'identifier les axes de renforcement des compétences requises par la branche. Le SDRH a en effet pour objectifs l'adaptation, l'évolution et l'anticipation des compétences nécessaires à l'assurance maladie dans un contexte de mutualisations, de départs massifs en retraite et de concurrence en matière de recrutement. En cohérence avec la philosophie de la COG, l'accent a donc été mis sur le renforcement des compétences liées à la gestion du risque.

**Réponse de l'organisme :** *Les axes de renforcement de compétences ont effectivement mis l'accent sur les compétences liées à la gestion du risque. La complémentarité des actions entre services administratifs et médicaux a notamment été recherchée à cette occasion. Les axes d'amélioration du service, du pilotage et de l'efficience ont également fait l'objet de recommandations pour le renforcement des compétences, ainsi que de mise en œuvre d'actions de formation nationales. Sur ces différents domaines, la complémentarité a également été recherchée entre les actions de formations pilotées au niveau national et celles pour lesquelles l'initiative locale ou régionale a été privilégiée - ceci dans le cadre des orientations nationales précitées et dans un objectif d'efficience collective.*

**Observation de la mission :** *Vu*

[121] Dans ce contexte, il est essentiel pour la CNAMTS de piloter finement la structure d'emploi des caisses. Des données existent dans la base UCANSS et elles ont été complétées depuis 2005 par la cartographie des emplois[28]. Celle-ci vise à faire réaliser par les organismes d'un état des lieux des effectifs par emploi et une projection de ceux-ci sur les années suivantes à travers une estimation des départs, taux et priorités de remplacement au sein de leur organisme.

[122] S'il n'a concerné initialement que les CPAM, puis les CRAM, elle a été introduite dans un corps d'indicateurs « Ressources Humaines » inscrits au sein des contrats pluriannuels de gestion des organismes des CPAM, CRAM et DRSM. Scoré à l'origine, l'indicateur ne l'est cependant plus dans le cadre des CPG 2006-2009, ce qui est regrettable. En outre, on note que, du fait de divers éléments conjoncturels (période transitoire de fin de COG, opérations de fusion et mise en place des ARS), les organismes ont été dispensés d'effectuer la prévision de la répartition des effectifs en ETP pour les années 2010 à 2012. Ces deux évolutions ne concourent pas, naturellement, à affirmer le caractère stratégique de cet outil.

[28] La cartographie des emplois est élaborée à partir d'une enquête questionnaire sur les indicateurs RH à destination du réseau. Elle est disponible pour 2006, 2007 et en cours de finalisation, au moment des investigations de la mission, pour 2008.

**Réponse de l'organisme :** *L'indicateur de cartographie des emplois a été scoré lors de sa mise en œuvre afin d'impulser la démarche proposée par la Cnamts. Cette cartographie a par la suite été complétée par d'autres indicateurs RH dont la vocation a été de suivre plus particulièrement la mise en œuvre dans le réseau des orientations nationales RH relatives à certaines catégories de métiers (DAM, téléconseillers et managers notamment). Le pilotage des résultats des caisses au travers du scoring CPG ayant vocation à soutenir les orientations stratégiques et les innovations, les indicateurs RH, une fois entrés dans les pratiques, n'ont plus fait l'objet de cotation spécifique. Cependant pour inciter les organismes à poursuivre la démarche de gestion prévisionnelle des emplois ainsi engagée, il a été décidé de maintenir l'indicateur, même non scoré, dans le cadre du CPG. Il est à noter que cet exercice de projection se fonde sur la connaissance que les organismes ont de leurs priorités d'action et de leur organisation. Il n'a pas semblé pertinent de demander aux organismes de réaliser cet exercice dans un contexte avec deux inconnues majeures pour eux en matière d'évolutions organisationnelles du réseau d'une part et d'orientations pour la future COG d'autre part. Pour autant, convaincue de l'importance de ce type d'outil en matière de pilotage, la DRHR de la Cnamts a conduit une analyse des résultats de ces cartographies et projections afin d'identifier les pistes d'amélioration pour la prochaine COG.*

**Observation de la mission :** *Vu, la reprise de ces indicateurs pour la future COG est en effet nécessaire.*

[123] Le schéma directeur des ressources humaines a été élaboré en 2006-2007. La COG stipulait en outre qu'un système d'information des ressources humaines devrait donner progressivement aux organismes une vision qualitative et quantitative de leurs ressources, en particulier par l'intégration d'un module de gestion des compétences. La méthode retenue a consisté à dissocier différents volets : le projet SIRH est constitué de plusieurs modules.

[124] En dépit de ce choix, le retard dans le projet est patent et l'objectif de la COG ne sera pas tenu :

- pour le sous-projet paye et gestion administrative, qui doit être déployé en 2011, le choix d'un outil développé par la branche famille fait peser des contraintes et génère des risques : il requiert une appropriation d'un outil spécifique et externe à la branche ;
- le sous-projet « développement des ressources humaines » est en cours de déploiement suite à son développement en Bretagne dans le cadre de la mutualisation des moyens informatiques ;
- le sous-projet décisionnel et informationnel est encore en cours de développement. Il doit surtout permettre une modernisation de la gestion et du management, par l'automatisation de tableaux de bord et d'indicateurs.

#### 1.2.2.2. La politique immobilière s'appuie désormais sur des outils modernisés

[125] La CNAMTS s'est engagée dans la COG à développer un schéma directeur immobilier permettant la mise en adéquation progressive des moyens immobiliers avec les nouveaux besoins et missions des organismes, principalement par le regroupement des services de production, la cession des immeubles devenus inutiles, la réhabilitation du bâti dégradé.

**Réponse de l'organisme :** *Les données relatives à l'immobilier qui ont été reprises dans le prérapport sont à actualiser et à préciser dans leur périmètre. Les données actualisées sont les suivantes :*

2 008

| | SHON | Effectifs |
|---|---|---|
| CPAM | 2 147 963 | 63 243 |
| CRAM* | 229 742 | 8 399 |
| CGSS* | 48 851 | 1 973 |
| CTI | 32 546 | 569 |
| URCAM | 9 721 | 310 |
| DRSM | Hébergement par les organismes | 9 081 |
| Total | 2 468 823 | 83 575 |

*Les surfaces CRAM et CGSS sont une extrapolation à partir des effectifs hébergés déclarés sur RAPSDODIE

Des précisions doivent être apportées quant au périmètre des agrégats.

- Effectifs :

Au regard de la base effectifs citée dans le pré-rapport (101 400 agents), il convient de noter que le chiffre figurant dans le tableau supra (83 575) ne comprend pas les effectifs CRAM de la branche retraite qui ont été logiquement défalqués (il en va bien entendu de même pour les m²).
Il s'agit des effectifs en CDI et CDD des branches maladie et AT/MP, dénombrés en personnes physiques présentes et rémunérées au 31 décembre 2008.

- Surface Hors Œuvre Net

Les mètres carrés hors œuvre net (SHON) comportent les superficies relatives aux cloisons, circulation, locaux annexes logistiques, sanitaires. Ils ne peuvent pas de ce fait être comparés aux mètres carrés utiles nets mentionnés par la RGPP qui ne prennent en compte que les surfaces du bureaux et les salles de réunion et qui n'ont pas jusqu'à présent été répertoriés par la CNAMTS en raison du caractère purement administratif de cette donnée.

Sur la base du ratio cible de rendement bâtiment (0,5695), énoncé par France Domaine dans la charte immobilière de l'Etat, il est néanmoins possible d'estimer le ratio m² SUN par poste de travail à 16,82 m² par agent (2.468.823 / 83.575 x 0,5695).

Au delà ce ratio brut, il est possible de présenter un ratio surface de bureau par salarié pour les sièges ; ce qui permet d'exclure toute incidence des accueils extérieurs qui, par construction, disposent d'espaces de réception difficilement réductibles aux nombres d'agents :

Ratio des sièges des CPAM

| 2008 | En propriété SHON | En location SBL |
|---|---|---|
| Surface totale des sièges des CPAM | 1.013.152 | 9.803 |
| Nombre de sièges | 126 | 1 |
| Effectif total hébergé dans les sièges | 42.534 | 477 |
| Ratio de surface hors œuvre SHON/agents | 23,82 | 20,55 |
| Ratio de surface utile nette SUN/agents | 13,57 | |

Ce ratio global SUN/agents (13,57m²/agent hébergé) des sièges est moins élevé que celui relatif à l'ensemble du patrimoine (16,72m² /agent). On peut noter que le ratio des sièges s'approche beaucoup de l'objectif fixé par l'Etat pour son propre patrimoine (12m²/poste de travail).

**Observation de la mission :** *Vu*

[126] Entre 2006 et 2007, la CNAMTS a élaboré et mis à la disposition des organismes un outil informatique spécifique : le Schéma Directeur Immobilier Local (SDIL) qui permet à chaque organisme de dresser, site par site, une fiche descriptive précisant les surfaces, les effectifs et leur évolution, l'état des composants des bâtiments, les charges d'exploitation. Le SDIL est un outil qui permet aux directions locales de construire plusieurs scenarii d'évolution patrimoniale. Ce thème est suivi dans les CPG.

[127] Sur la base du logiciel de recensement patrimonial de l'Assurance Maladie, renseigné sur le principe déclaratif, la surface totale hors œuvre nette détenue s'élève à 2 546 200 m², répartie sur 1831 sites et hébergeant un effectif total de 101 400 agents (effectifs maladie, CRAM avec ses agents retraites, les agents recouvrement, agricole pour les CGSS…)[29]. L'ensemble des organismes ont cédé au cours des années 2006 à 2008 70 immeubles pour une surface totale de 60 000 m² et qui ont entraîné 67,7 M€ de produits de cessions encaissés.

#### 1.2.2.3. En matière de systèmes d'information, la CNAMTS reste confrontée à un enjeu de réorganisation territoriale et peine à définir sa cible fonctionnelle

- *L'organisation territoriale tant de la direction déléguée des systèmes d'information que de la production n'ont pas encore fait l'objet d'une réorganisation*

[128] Les organes de direction du système d'information ont été réorganisés en 2007. Auparavant distinctes, les fonctions de maitrise d'ouvrage et de maitrise d'œuvre ont été regroupées au sein de la même direction délégué des systèmes d'information, la DDSI.

**Réponse de l'organisme :** *Depuis 2005, dans le cadre de la réorganisation de la CNAMTS, la responsabilité de maîtrise d'ouvrage est assurée au sein des Directions métiers. La réorganisation en 2007 de la DDSI n'a fait que confirmer cette décision, à l'exception de SESAM-Vitale, compte tenu de la spécificité technique du domaine et de sa dimension inter régimes. La coordination entre les maîtrises d'ouvrage est actuellement l'objet d'une mission particulière directement rattachée au Directeur Général afin d'améliorer l'exercice du pilotage stratégique du Système d'information.*

**Observation de la mission :** *Vu*

[129] La réorganisation a pour l'instant laissé de côté la fonction production, dont les effectifs représentent 42 % des effectifs[30] des centres de traitement informatique (CTI) et de la DDSI. Par ailleurs, la direction déléguée connaît un éclatement territorial en 17 sites, qui pèse sur son fonctionnement.

[29] Cet effectif résulte des données de RAPSODIE et ne doit pas être comparé avec des données de ressources humaines. En effet, les données d'effectifs hébergés comprennent les agents de la branche Retraite employés par les CRAM ainsi que des antennes CAF ou d'autres organismes. Il en résulte un ratio de 17 m² de surface utile par personne logée.

[30] Sont comptabilisés les ETP assurant la production mais aussi les ETP supports nécessaires au fonctionnement des centres de traitement informatique – CTI.

**Réponse de l'organisme :** *La réorganisation de la DDSI a consisté en particulier à créer une direction spécifique ayant en charge les fonctions de production informatique et de relation de service avec les différents « clients ». Ainsi depuis 2006 les CTI sont intégrés dans le dispositif de gestion du système d'information. Cela s'est notamment matérialisé dans la migration du système dans l'environnement UNIX, l'uniformisation des processus de production et de leur automatisation pour l'ensemble des CTI, et la conduite d'une réflexion prospective pour une organisation plus efficiente de la DDSI associant les CTI et les équipes de développement rattachés à la CNAMTS.*

**Observation de la mission :** *Vu*

[130] La mission souligne que ce point est absolument critique.

- *La branche maladie n'a pas arrêté la cible fonctionnelle de ses systèmes d'information*

**Réponse de l'organisme :** *Un schéma Directeur des Systèmes d'Information (SDSI) a été adressé début 2008 à la tutelle. Il dresse les grandes orientations du Système d'Information. Il positionne les grands projets en perspective des objectifs de la COG, et cible les domaines fonctionnels devant faire l'objet d'actions de fond pour une mise à niveau fonctionnelle et technologique.*

**Observation de la mission :** *Le document cité par la Caisse nationale est beaucoup trop imprécis pour être assimilé à un schéma directeur. Il s'agit plus d'une énumération des possibles qu'un document arrêtant une stratégie, une cible fonctionnelle et une architecture technique.*

[131] Comme tous les systèmes d'information, l'évolution des SI de la branche est le résultat d'une tension entre des besoins fonctionnels portés par la direction générale et les directions métiers et la nécessité, portée par la direction des systèmes d'information, de faire progresser l'architecture technique. Il s'agit de trouver un équilibre entre la réponse à des besoins immédiats et la réalisation d'investissements dont le profit ne sera retiré que plus tard et pas nécessairement par les directions métiers.

[132] La branche maladie peine à gérer cette tension. Les besoins exprimés par les directions métiers sont nombreux et très variés. Il faut y ajouter d'une part les demandes liées aux actions stratégiques de la CNAMTS comme l'accompagnement thérapeutique des patients diabétiques, projet qui occupe en 2008 quatorze ETP, soit 5% du total des ETP consacrés aux projets (305 ETP, comprenant personnels de la DDSI et sous-traitants) ou encore les liaisons avec les systèmes d'information des hôpitaux, chantier sur lequel quarante ETP ont travaillé en 2008 (13% des ETP total). D'autre part, les évolutions réglementaires viennent parfois percuter assez profondément le plan de travail.

**Réponse de l'organisme :** *La difficulté de gérer la tension telle qu'elle est exprimée au paragraphe 131 est partagée par la CNAMTS et fait l'objet de décisions pour améliorer le processus de gestion du portefeuille de projets en intégrant les questions d'évaluation de l'impact des projets, de définition des priorités, d'analyse des charges et des ressources, d'arbitrage en cas de conflits entre les projets. Une organisation adaptée à la tenue d'un dialogue de gestion responsable a été mise en place. (Comité stratégique informatique, Comité de coordination des maîtrises d'ouvrage), complétée par un outillage (Plan de charge, Portefeuille des projets) qui permet à la CNAMTS de gérer aujourd'hui les nouveaux besoins métier.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[133] Face à un nombre important de demandes, la branche maladie éprouve des difficultés à arrêter sa cible fonctionnelle qui, pourtant, détermine largement les évolutions de son architecture technique et applicative. Sans que cela puisse être la seule cause, l'absence presque systématique d'étude de valeur[31] permettant de juger précisément de l'intérêt d'un projet et de son adéquation à la stratégie de la branche est un facteur explicatif important.

**Réponse de l'organisme :** *L'organisation de la gouvernance mise en place depuis 2008 a précisément pour vocation d'aborder les projets et l'ensemble du portefeuille avec la préoccupation de l'évaluation, de la gestion des ressources et de l'arbitrage. Les projets sont référencés selon les objectifs de la COG auxquels ils contribuent : maîtrise du risque 23%, service 19% et efficience 58%. La réalisation d'études de valeur n'est pas encore systématique mais répond plus à des objectifs qualitatifs. Pour exemple, les projets qui ont fait l'objet d'une telle analyse sont : en 2006, Courriels, refonte PE, DIADEME ; en 2007, Patch nicotinique, compte assuré, projet sécurité carte/agent ; en 2008, gestion des droits ; en 2009, mise à jour courriels, Système d'Information Gestion (SIG), SIRH palier 1, projet E- mail.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[134] Si les arguments techniques avancés pour lancer la réécriture de plusieurs applications de liquidation peuvent être recevables, il est impossible d'objectiver les critiques concernant le manque d'agilité du système ou son instabilité. En l'absence d'étude de valeur, il n'est pas possible de dire si les arguments techniques justifient seuls la réécriture de certaines applications. Si certaines évolutions fonctionnelles devaient faire partie de la cible visée par la branche maladie, notamment le développement d'un bouquet de services accessibles selon différents canaux (architecture multicanal), en particulier par internet (et cela pourrait concerner la tarification), l'intérêt de ces projets serait sérieusement renforcé.

**Réponse de l'organisme :** *Les choix de réécriture des applications (restructuration de la tarification et refonte de la tarification) reposent effectivement sur des constats techniques et fonctionnels. Conçues dans les années 1990, ces applications avaient vocation à traiter du remboursement de prestations dans une logique de maintien du support papier. Depuis, d'importants changements ont fait évoluer cette logique. Parmi ceux-ci, on citera :- la Réforme d'août 2004 ;- la mise en place d'une tarification à l'activité (T2A) ; la mise en place des franchises issues du PLFSS 2008 ; la médicalisation croissante du système d'information (CCAM, …) .L'intégration de ces dispositifs réglementaires au système d'information génère des risques au vu de la conception technique des applicatifs en place, des charges élevées en matières de développement et de maintenance, des délais de mise en œuvre incompatibles avec les engagements souhaités par le législateur. Concernant les choix techniques envisagés, ces derniers s'inscrivent dans une logique standard de solution orientée composant (SOA) apte à garantir l'ouverture et l'agilité du système d'information.*

**Observation de la mission :** *La réponse de la caisse nationale n'apporte par d'éclairage supplémentaire.*

- *Un plan de travail qui laisse peu de place à des évolutions parfois modestes dont les gains seraient pourtant rapides et significatifs, en matière de contrôle, d'efficience et de liaison entre les systèmes d'information médicaux et administratifs*

[135] L'interfaçage des systèmes d'information n'a pas fait l'objet d'une attention suffisante malgré les gains de productivité rapides qu'il permettrait[32]. La mission note que les carences des systèmes d'information pèsent sur l'efficience des caisses. Le développement des nouveaux services se fait jusqu'à présent sans connexion avec les systèmes d'information de production, de sorte qu'aucun bénéficie n'est tiré des nouveaux services.

[31] Analyse coût/bénéfices.

[32] Certains flux sont adressés sous forme dématérialisée aux CPMA, celles-ci les impriment pour les ressaisir dans les systèmes d'information de la branche maladie. C'est le cas, par exemple, des déclarations de salaires

**Réponse de l'organisme :** *Concernant le projet cité en référence (Déclaration de salaires par les employeurs pour le versement des indemnités journalières), l'intégration des flux dématérialisés aux systèmes d'information sera réalisée pour le début de l'année 2010. D'une manière générale, la logique qui a préfiguré à tous les projets ayant vocation de mettre en place des services en ligne consiste, dans une première phase, à mettre rapidement à disposition des utilisateurs concernés les services développés et à envisager leur intégration au système de production dans une seconde phase.*

**Observation de la mission :** *Cette logique est contestable.*

[136] Les applications sont limitées en matière de contrôle a priori. Aujourd'hui encore, la plupart des contrôles effectués par les caisses sont réalisés a postériori à l'aide de requêtes. Les détections génèrent alors des indus dont le recouvrement est souvent difficile. Le développement des contrôles a priori est donc un enjeu très important pour la branche. En effet, c'est avant de liquider que le contrôle est le plus efficace. Or ce type de contrôle est assez peu répandu car les systèmes d'information ne disposent pas de toutes les fonctionnalités nécessaires. Lorsque les applications les prévoient, ils sont parfois limités, en nombre ou en contenu.

[137] La liaison entre les systèmes d'information médicaux et administratifs est un sujet ancien au sein de la branche maladie du régime général. Elle recouvre l'idée d'une coopération plus étroite entre les systèmes d'information des services administratifs et des services médicaux. Il s'agirait à partir de leurs applications respectives de solliciter des avis et des demandes d'informations, et de pouvoir à chaque fois que possible injecter directement la réponse dans l'application qui a servi à générer la demande. On peut citer comme exemple une demande d'avis émanant du service administratif à destination du service médical au sujet d'une affection de longue durée.

[138] Or les systèmes d'informations sont parfaitement cloisonnés. Si le besoin existe, il n'y est répondu que par des échanges papiers et au mieux des courriers électroniques.

**Réponse de l'organisme :** *Le cloisonnement des applications est une réalité historique que plusieurs actions doivent permettre de corriger progressivement : injection des flux dématérialisés dans les applications, virtualisation des applications développées initialement dans une logique « client lourd », création d'une couche d'intégration fonctionnelle entre applications, développement des nouveaux services dans une architecture « web services »*

**Observation de la mission :** *Vu.*

### 1.2.3. Les initiatives de la CNAMTS sont restées trop timides en matière de réorganisation du réseau et les écarts de productivité entre caisses ne se sont pas réduits

#### 1.2.3.1. Des écarts importants de productivité entre caisses demeurent

[139] Compte tenu des limites auxquelles se heurte le coût du BAP, la mission a réalisé une analyse de la dispersion des productivités des caisses à l'aide de trois sources de données : le coût du BAP, les indicateurs CPG et la comptabilité analytique. Les trois méthodes démontrent que les écarts entre organismes ne se réduisent pas et que la dispersion reste importante.

---

envoyées par les employeurs pour le versement des indemnités journalières ou encore des modifications administratives faites sur internet par les assurés, via leur compte AMELI.

**Réponse de l'organisme :** *La dispersion des productivités des caisses est analysée par la mission à l'aide du coût du BAP, les indicateurs CPG (production et support) et la comptabilité analytique. Il convient de rappeler en premier lieu que la mission note que les gains de productivité entre 2005 et 2009 sont de 9%, que les frais de gestion sont passés de 5,07% à 4,28%. Ainsi les progrès ont été significatifs pour l'ensemble des caisses.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[140] Avec la méthode utilisant le coût du BAP, on ne relève sur les quatre dernières années aucune évolution notable, la dispersion n'ayant pas été réduite.

Tableau 3 : Evolution du coût du BAP

| Coût du BAP, en € | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|
| Moyenne | 64,74 | 66,31 | 63,11 | 62,39 | 61,81 |
| Médiane | 63,70 | 64,94 | 61,44 | 60,91 | 61,20 |
| Écart-type | 8,50 | 8,63 | 8,60 | 7,85 | 8,02 |
| Plage | 48,27 | 47,00 | 46,69 | 41,58 | 43,36 |
| Minimum | 42,67 | 44,12 | 42,81 | 44,07 | 43,53 |
| Maximum | 90,95 | 91,12 | 89,50 | 85,65 | 86,89 |
| Taux de dispersion (rapport écart-type/moyenne) | 13,1% | 13,0% | 13,6% | 12,6% | 13,0% |

*Source : CNAMTS, calculs fait par la mission*

[141] L'analyse réalisée sur la comptabilité analytique conduit à la même conclusion. Les études faites processus par processus montrent que tous connaissent une dispersion assez forte. Les écarts ont peu évolué, à l'exception de certains processus qui ont connu une amélioration de la situation des caisses dont les résultats étaient les plus mauvais (productivité la plus faible avec un faible volume d'activité).

[142] L'analyse des indicateurs CPG indique que la productivité des fonctions support évolue peu. A l'exception de l'année 2007 où elle a connu une amélioration significative, les progrès ont été faibles (entre 0,5 et 1,8%). La réduction de la dispersion des productivités, bien qu'également faible sur la période, a été plus importante sur la production (de 13,6% en 2004 à 11% en 2008).

#### 1.2.3.2. Le pilotage est inadapté à la réduction de ces écarts

[143] Trois leviers principaux sont mobilisables pour réduire les écarts de productivité :

- en premier lieu, les objectifs de productivité figurant aux CPG. Or, au regard des caisses auditées, la mission n'a pas perçu de logique de réduction des écarts dans les objectifs qui sont assignés à chaque caisse, malgré des différences de productivité importantes. L'amplitude entre la caisse la plus productive et la moins productive de l'échantillon reste à peu près constante puisqu'elle s'établit aux environs de 10 000 décomptes par ETP. Un rythme de progression plus soutenu pour les caisses les moins productives aurait été nécessaire ;
- le même constat peut être fait concernant le taux de remplacement des départs à la retraite. Pour une même productivité, ici le nombre d'ETP pour 1 000 bénéficiaires consommants, les taux de remplacement peuvent être sensiblement différents ;

- le troisième levier a fait l'objet d'un investissement plus important de la part de la CNAMTS. Il consiste, à moyens constants à prendre en charge de nouvelles activités33. Il peut s'agir par exemple d'opérations de numérisation des feuilles papiers d'autres CPAM. Il s'agit aussi d'aller chercher de nouvelles activités à l'extérieur de la branche. Ainsi une caisse a-t-elle pris en charge les opérations de gestion de la caisse des industries électriques et gazières (CAMIEG). Cette stratégie ne peut qu'être complémentaire à un effort de réorganisation de l'activité interne puisqu'elle ne pourra indéfiniment être poursuivie.

**Réponse de l'organisme :** *La mission propose pour réduire les écarts : -un rythme de progression des objectifs de productivité plus soutenu pour les caisses les moins productives ; -pour une même productivité (nombre d'ETP pour 1000 bénéficiaires consommants) des taux de remplacement différents. Il faut rappeler que le taux de remplacement a été fixé en fonction du coût du point de performance (coût du BAP – score CPG). La discrimination est déjà faite. ; -à moyens constants, prendre de nouvelles activités ; telle la CAMIEG. C'est une hypothèse retenue par la Cnamts. Pour autant, il faut rencontrer une expression de besoin de la part des partenaires. La réduction des écarts est une opération complexe du fait d'une part de la structure des emplois des caisses qui est une donnée historique, et d'autre part de l'évolution du nombre du BAP et du nombre effectif de départs à la retraite qui sont des données exogènes. Ainsi, bien que les caisses de l'Ile de France par exemple aient réduit considérablement leurs effectifs suite au faible taux de remplacement du nombre de départs en retraite autorisé mais aussi par un remplacement seulement partiel de leur "turn over", leur coût de gestion d'un BAP ne s'est pas réduit dans la même proportion que celui des caisses les mieux placées (impact de la structure des emplois, impact de la stabilité voire de la baisse du nombre de bénéficiaires….).*

**Observation de la mission :** *Comme la mission l'a indiqué dans l'annexe 2 (tableau N°53), la discrimination des taux de remplacement pose question. En particulier, l'analyse simultanée des performances des caisses et des taux de remplacement ne démontre pas une réelle discrimination La mission ne méconnait pas la complexité de la réduction des écarts. Elle estime néanmoins que la Caisse nationale ne s'est pas véritablement outillée pour conduire cette opération..*

[144] Aujourd'hui, la répartition des effectifs et la productivité, malgré les progrès globaux enregistrés qui sont réels, sont la conséquence de facteurs historiques que les évolutions récentes n'ont encore que peu réduit. La méthode de pilotage du réseau utilisée par la CNAMTS montre ici ses limites. Elle ne s'appuie pas suffisamment sur une analyse précise, caisse par caisse. Le pilotage est trop global pour produire un effet significatif et réaliser les gains importants de productivité pouvant résulter de la réduction des écarts.

#### 1.2.3.3. Les opérations de mutualisation sont restées limitées

[145] Comme le montrent les résultats obtenus par les caisses, les gains de productivités résident principalement dans la rationalisation de la production.

[146] La mission a observé la réorganisation du front office (accueil) mais aussi du back office de production (liquidation des prestations) dans toutes les caisses visitées. Ces caisses sont passées d'une organisation où chaque site réalisait l'ensemble des opérations d'une caisse, du front office au back office, à une organisation dans laquelle ils sont dissociés. Certaines CPAM ont ainsi pu passer d'une dizaine de sites assurant des opérations de liquidation, à trois.

[147] Au niveau national, la stratégie suivie n'est pas tout à fait la même. Elle s'appuie sur une réduction du nombre de caisses et une démarche de mutualisation jusque là souple et à l'initiative des caisses, et qui laisse très largement de côté les processus de traitement des prestations en espèces et en nature.

[33] Contre rémunération du service pour les activités qui sont externes.

**Réponse de l'organisme :** *Les processus de traitement des prestations en nature et en espèce sont représentés dans les projets de mutualisation : - Les 66 projets « Prestations en Nature » intègrent les démarches de mutualisation relatives à la scannerisation des feuilles de soin papier, le règlement aux établissements et la gestion des relations internationale ; .- La mutualisation de la gestion des rentes et de l'invalidité ainsi que celle des capitaux décès constituent les 68 projets du processus « Prestations en Espèce ».*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[148] La caisse nationale a choisi une démarche de réduction du nombre de CPAM pour rationaliser son réseau. Les premières fusions devraient être effectives au premier janvier 2010 et conduire le réseau à compter à terme 101 caisses primaires. Cette stratégie aura cependant des effets nécessairement limités :

- d'une part, les fusions ne concernent qu'une vingtaine de caisses dont certaines sont petites. Le volume d'activité touché est donc réduit et les gains de productivité seront probablement faibles ;
- d'autre part, les fusions conduisent à laisser entendre que le niveau départemental est le plus pertinent en matière d'organisation de la production. Or il n'existe pas d'étude le démontrant que c'est le bon niveau pour organiser la production et piloter le réseau. La mission a essayé d'approcher ce niveau optimal. Ces premiers calculs qui n'ont d'autre objectif que de nourrir la réflexion ne font pas ressortir le niveau départemental comme le plus pertinent pour organiser la production et piloter le réseau. Les réformes de l'organisation juridique du réseau n'épuisent pas le sujet de l'organisation la plus pertinente de la production.

**Réponse de l'organisme :** *L'ensemble des fusions est effectif au 1er janvier 2010. 48 Cpam ont été dissoutes à cette date et l'opération a donné lieu à la création de 22 nouvelles Cpam. Ces organismes ont en gestion 15 000 000 BAP soit 30% du réseau et mobilisent 1/3 des effectifs des Cpam : le volume d'activité est donc important de même que les gains potentiels de productivité à terme. Le cadre territorial de référence départemental retenu est pertinent à plus d'un titre. Il préserve et facilite la proximité et l'unité de notre action en permettant notamment : - une action locale de proximité, positionnée au plus près des acteurs de terrain garantie par une présence sur un espace territorial de taille humaine ; -un positionnement facilitateur au regard d'un certain nombre de partenariats inhérents à l'activité des organismes (Conseils Généraux, Préfectures, syndicats de professionnels de santé ; -le maintien d'une qualité de service conforme aux attentes fortes de notre public en évitant la multiplication de centres de décision sur un territoire trop limité ; - une simplification du changement de domicile dans le département. Il n'empêche pas une organisation régionale déjà effective sur certains processus (cf la mutualisation régionale du RCT, des rentes, de l'invalidité dans certaines régions), les organismes fusionnés pouvant tout à fait adhérer à un projet de mutualisation plus vaste (cf région Picardie).*

**Observation de la mission :** *La mission observe que la réponse fait abstraction, une nouvelle fois, du cœur de la production (traitement des feuilles de soins, des DSIJ, par exemple). Les arguments développés s'apprécient de manière différenciée selon les services envisagés. Ainsi s'agissant du traitement des feuilles de soins électroniques, on peut s'interroger sur la pertinence d'un maillage départemental. Seule une étude approfondie de l'organisation de la production permettrait d'y répondre.*

[149] Conformément aux engagements de la convention d'objectifs et de gestion, la CNAMTS a lancé une démarche de mutualisation qui accompagne la réduction du nombre de caisses. Cette démarche a laissé une très large autonomie aux organismes des réseaux. Dans le cadre d'un appel à projet, les organismes ont pu présenter des cahiers des charges à la validation de la caisse nationale. Un des objectifs poursuivis par la caisse nationale visait à créer une dynamique dans les réseaux. De ce point de vue, l'objectif est atteint, même si on peut observer un tassement du nombre de cahiers des charges transmis au niveau national, passé de 360 en 2007 à 201 en 2009.

**Réponse de l'organisme :** *La diminution du nombre de cahiers des charges transmis à la CNAMTS entre 2007 et 2009 n'atteste pas d'un tassement de la dynamique de la mutualisation, mais d'une meilleure compréhension des dossiers qui relèvent d'un suivi national. Il est notamment important de relever que leur nombre (ceux éligibles à un suivi national sur la base des critères ci-après) a augmenté:*

- *progression du niveau de qualité et de continuité des activités,*
- *amélioration de la performance attendue,*
- *renforcement de l'expertise et prise en compte de l'évolution des effectifs,*
- *volumétrie de l'activité mutualisée et retour sur investissement associé,*
- *transfert réel d'activité plutôt que simple coopération.*

| | *2007* | *2008* | *2009* |
|---|---|---|---|
| *Cahiers des charges transmis* | *360* | *194* | *201* |
| *Cahiers des charges retenus pour un suivi national* | *206* | *145* | *158* |
| *Taux de CC retenus* | *57%* | *74%* | *78%* |

**Observation de la mission :** *Les chiffres rappelés par la Caisse nationale illustrent bien une baisse du nombre de cahier des charges.*

[150] La démarche appelle néanmoins quelques observations.

[151] En premier lieu, la mission constate que le champ de mutualisation porte très majoritairement sur les fonctions support ou les plateformes téléphoniques. Peu de projets de mutualisation concernent les processus du cœur de métier. Parmi toutes les opérations de gestion et de liquidation réalisées par les caisses primaires, seules les rentes et l'invalidité ont fait l'objet de projets de mutualisation. L'intérêt de ces opérations n'est pas contestable sur le plan de la qualité, de l'efficacité ou encore de la taille critique. Mais en termes de volume d'activité les enjeux sont modérés en comparaison du traitement des FSE, de la gestion des bénéficiaires, ou encore de celle des indemnités journalières.

**Réponse de l'organisme :** *La répartition des projets par processus est assez proche sur les 3 années avec une prépondérance des projets liés aux processus métiers :*

| | *2007* | *2008* | *2009* |
|---|---|---|---|
| *Processus métier* | *59%* | *62%* | *58%* |
| *Processus support* | *41%* | *38%* | *41%* |

**Observation de la mission :** *Vu.*

[152] En deuxième lieu, le nombre d'organismes associés est très variable. En 2009, 30% des projets associent l'ensemble des caisses primaires d'une région. La DRSM est associée dans 44% des projets et la CRAM dans 15%. Si la dynamique est réelle, on ne peut qu'être frappé par la très grande diversité des situations, tant en ce qui concerne le champ de mutualisation que s'agissant des organismes associés.

**Réponse de l'organisme :** *Le nombre d'organismes associés est effectivement variable selon les régions mais c'est une donnée à apprécier au regard de la disparité de ces dernières qui peuvent fédérer entre 3 (Limousin) et 13 Cpam (Nord Pas de Calais). Par ailleurs l'association de la Drsm est diversement identifiée dans les projets transmis - certains ne comptabilisant pas comme une association en tant que telle une coopération avec les Cpam sur les processus mutualisés si elle n'impacte pas l'organisation de l'Elsm placé prés de la Cpam.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

### 1.2.4. La qualité de service s'est améliorée par un élargissement de l'offre

#### 1.2.4.1. Les « parcours attentionnés » ont connu un déploiement difficile et inégal

[153] Conformément aux engagements de la COG, la CNAMTS a mis en œuvre, pour certains depuis plusieurs années, des services dit attentionnés. Il s'agit de répondre aux besoins et aux attentes spécifiques des assurés ou des professionnels de santé. Néanmoins, tous les services attentionnés rencontrent les mêmes difficultés. Ils sont en général déployés inégalement sur le territoire ; leur mise en œuvre peut être différente d'une caisse à l'autre ; tous souffrent d'une absence d'évaluation.

**Réponse de l'organisme :** *Le déploiement d'un parcours attentionné requiert la mobilisation de l'ensemble des équipes autour d'un projet commun, mais également celle des partenaires associés au parcours déployé. Par ailleurs, des services déjà créés et mis en place dans certaines caisses doivent être revus afin de les réaménager pour s'inscrire dans le parcours présenté. Cette situation entraîne un calendrier de mise en œuvre différencié d'une caisse à l'autre. Chacun des parcours est ensuite évalué environ un an après sa diffusion. Ce laps de temps est nécessaire pour laisser aux organismes le temps et les moyens de s'approprier le parcours et de mettre en place les actions proposées.*

**Observation de la mission :** *Vu*

[154] L'installation des professionnels de santé fait l'objet d'une intervention coordonnée avec la branche recouvrement. Déployé à partir de juin 2007, ce service qui rencontre un écho positif auprès de professionnels est mis en œuvre par près de 80% des CPAM. Depuis le lancement, près de 5 000 jeunes médecins en ont bénéficié. La CNAMTS envisage une extension aux infirmières, aux masseurs kinésithérapeutes voire aux médecins remplaçants.

**Réponse de l'organisme :** *Le parcours installation des professionnels de santé a été évalué à deux périodes de l'année 2008. Ces évaluations permettent de cerner les aménagements pour le parcours existant et de déterminer des actions attendues pour les futurs parcours aux autres professionnels de santé. Lors de leurs démarches d'installation, les médecins ont apprécié les outils d'aide à l'installation proposés pour le choix de leur lieu d'activité et le rendez-vous d'installation en accueil coordonné avec l'Urssaf. Lors des stages d'internes, les étudiants en médecine sont intéressés par les informations relatives aux démarches administratives et les services dédiés par l'Assurance Maladie.*

**Observation de la mission :** *Vu*

[155] Le « parcours d'accompagnement » des femmes enceintes est inégalement déployé et mis en œuvre. Ce dispositif d'information se compose de trois guides adressés à chaque femme ayant fait une déclaration de grossesse. Ces guides donnent les informations essentielles aux étapes clés de la grossesse. La mission note que seulement 60% des caisses déclarent avoir proposé ce service. Par ailleurs, certaines d'entre elles ne le proposent qu'aux populations les plus fragiles (femmes précaires ou très jeunes femmes). La montée en charge peut expliquer ce niveau de déploiement. La CNAMTS doit maintenant s'attacher à poursuivre la généralisation à toutes les caisses.

**Réponse de l'organisme :** *Le parcours maternité a été diffusé en deux temps (fin 2007 et mi 2008). Une première évaluation quantitative a été réalisée en janvier 2009 pour évaluer le degré de déploiement. A cette date, 54 % des caisses avaient mis en place l'offre de service. Sur ces 54 %, 11% avaient déjà développé une offre locale. Les 46 % restant annonçaient un développement de l'offre sur le premier semestre 2009. Deux autres évaluations sont en cours de réalisation : une évaluation quantitative sur la tenue des ateliers collectifs et une autre qualitative destinée à mesurer l'appréciation et le degré de satisfaction du service auprès des femmes enceintes. Les premiers retours montrent que les femmes enceintes apprécient l'initiative de l'Assurance Maladie pour leur délivrer des informations tout au long de leur grossesse au travers des guides. Celles qui ont bénéficié d'ateliers collectifs sont très intéressées par la rencontre avec les différents partenaires (Assurance Maladie, Caf, PMI).*

**Observation de la mission :** *Vu*

[156] La mise en place du service attentionné « passage en invalidité » est récente et rend difficile toute appréciation. Diffusé depuis mars 2009, ce service attentionné vise d'abord à apporter une information sur les droits et devoirs des personnes invalides. A terme, l'offre devrait être enrichie par un transfert automatique du relevé de carrière entre la CPAM, la CRAM et la CNAV. Ce relevé de carrière devrait faire l'objet d'une intégration dans l'outil de gestion des carrières.

**Réponse de l'organisme :** *Le parcours invalidité a été diffusé en mars 2009. Ce parcours se déploie en lien avec un des engagements du programme national du service social. Il sera évalué en début d'année 2010.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[157] Le parcours attentionné CMUC doit permettre d'obtenir un taux d'adhésion plus important à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Pour cela, la CPAM adresse un courrier personnalisé aux personnes potentiellement concernées. Ce courrier est accompagné d'un guide qui rappelle les droits et les services dont peut bénéficier le titulaire. On constate une accélération des ouvertures de droits à compter de septembre 2008 (autour de 53 000 mensuelles en moyenne, chiffre à comparer aux 40 000 constatées en moyenne sur la même période un an plus tôt). Le taux d'utilisation des attestations s'élève désormais à près de 75 %, contre 65 % fin 2007.

**Réponse de l'organisme :** *Le parcours CMUC est déployé en lien avec la mise en oeuvre du RSA. Une évaluation des impacts liés à l'entrée en vigueur du RSA est en cours d'analyse.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

#### 1.2.4.2. L'offre de services à distance s'est enrichie

[158] Le développement d'une offre de téléservices sur internet répond à une exigence d'enrichissement du contenu de services proposés aux professionnels de santé, aux assurés ou aux employeurs. C'est aussi un enjeu important pour l'efficience de l'organisation pour autant que l'organisation et les systèmes d'information tirent pleinement profit des nouvelles technologies, ce qui n'est pas encore le cas : les gains du développement des services internet ne sont pas encore perçus et on peut regretter que le rythme ne soit pas plus rapide et que le contenu soit encore loin de ce que proposent des opérateurs de service.

**Réponse de l'organisme :** *Les gains réalisés en termes d'efficience du fait du développement des téléservices sont effectivement pour le moment limités mais commencent à se concrétiser tant pour l'offre en ligne assurés (suppression de l'envoi de papier pour les assurés qui ont ouvert leur compte depuis août 2009) que pour celle proposée aux professionnels de santé (ouverture du service du protocole de soins en ligne à l'été 2009) et des étapes importantes sont planifiées dans les prochains mois (déploiement de l'outil national de gestion des e-mails, mise en place d'injecteurs pour limiter les charges de ressaisie en interne des informations,…) L'offre sur Internet concerne aussi la fourniture d'informations. Sur ce point, la demande des assurés est forte et les attentes révèlent des potentiels d'efficience du système de soins : mieux comprendre le système, connaître les tarifs, choisir son professionnel de santé, savoir se repérer dans l'organisation, modifier son comportement de consommateur de soins, … Pour les professionnels de santé, la mise à disposition immédiate d'informations administratives et médicales à jour répond aux besoins qu'ils ont exprimés et représente une véritable incitation à entrer dans ce dispositif innovant.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[159] L'enrichissement des services proposés via internet reste cependant incontestable et les perspectives ouvertes sont intéressantes.

**Réponse de l'organisme :** *Les perspectives sont effectivement intéressantes, notamment avec le développement du compte vers les offres de prévention se substituant aux envois de courriers, et la personnalisation des messages envoyés*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[160] Pour **les assurés**, « Mon compte ameli » (www.ameli.fr) a été ouvert en 2007. Il permet à l'assuré de gérer ses dossiers d'assurance maladie, de consulter ses informations personnelles, de visualiser ses paiements (remboursements, indemnités journalières,…) ou de contacter sa caisse. En 2008, de nouveaux services ont été proposés comme le décompte des franchises médicales et de la participation forfaitaire, le relevé mensuel des paiements, ou encore l'envoi automatique à l'assuré d'un courriel pour le prévenir de nouveaux paiements, qu'il peut consulter dans son compte.

**Réponse de l'organisme :** *En 2009, le compte ameli, s'est enrichi de nouveaux services de prévention personnalisée avec les rendez vous du programme « Mt dents » et les rendez vous de surveillance de la grossesse*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[161] Il a été indiqué à la mission que, la branche n'étant pas assurée de la capacité de son infrastructure technique à absorber un flux très important, elle n'avait pas recherché un développement rapide. Effectivement, le taux de diffusion auprès des assurés reste faible. Au niveau national un peu plus de 6% des assurés sont actifs, c'est-à-dire se sont connectés au moins une fois dans l'année (soit, en décembre 2008, plus de 2 millions de comptes).

**Réponse de l'organisme :** *Les choix techniques initiaux en matière de téléservices présentaient effectivement un risque en cas de montée en charge brutale. Cette question a été abordée de façon anticipée afin de ne pas bloquer le projet et d'apporter une réponse industrielle qualifiée au bon moment. Ainsi une migration du serveur d'applications Web est planifiée avant la fin de l'année 2009. Tandis que le développement des services sur internet a démarré tardivement et que leur montée en charge s'est faite progressivement, l'année 2009 a enregistré un réel progrès puisque le nombre des abonnés a plus que doublé passant de 2 millions en 2008 à plus de 4 millions en 2009, avec un rythme d'ouverture de près de 50 000 nouveaux comptes par mois. Ce fort développement se constate aussi sur les autres services web offerts tels que le site : « adresses et tarifs » permettant de connaître les coordonnées et les tarifs proposés par les professionnels de santé. Sa fréquentation est de plus de 250000 visiteurs uniques par mois.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[162] La mission a enfin pu observer dans toutes les caisses visitées des guichets automatiques. Certaines d'entre elles sont aussi en train d'expérimenter des visio-guichets. L'intérêt de cette solution ne se limite pas à un contact visuel mais surtout à la capacité du technicien de l'assurance maladie de numériser tous les documents de l'assuré et donc de pouvoir donner une réponse immédiate tant sur le fond que sur la complétude du dossier.

[163] Le compte **professionnel de santé** offre un contenu plus important. Il a été mis en place plus tôt que le compte assuré, notamment pour mettre à disposition l'historique des remboursements. En 2008, l'accès aux services et les échanges avec les caisses ont été simplifiés avec la mise en place du portail "Votre Espace Pro". En outre, les médecins peuvent, via ameli.fr, faire le suivi des gardes et des astreintes, consulter la liste des patients les ayant choisis comme médecin traitant, accéder aux relevés d'activité et de prescriptions, et aux relevés d'honoraires, ou disposer d'un historique des remboursements plus complet. Au 31 décembre 2008, plus de 28 000 médecins libéraux ont accès aux services de Votre espace pro et plus de 180 000 comptes professionnels sont actifs soit le double du nombre de comptes ouverts au 31 décembre de l'année précédente.

**Réponse de l'organisme :** *Au 31 décembre 2009, plus de 35000 médecins libéraux ont accès au portail « mon espace pro » et plus de 400 000 comptes professionnels sont actifs.*

**Observation de la mission :** *Vu*

[164] Quant aux **employeurs**, en dehors de la consultation pour suivre leurs comptes AT/MP, ils peuvent réaliser en ligne des déclarations d'accident du travail et des déclarations de salaires pour le paiement des indemnités journalières (DSIJ). Le service DSIJ a permis l'établissement de 6,7 millions d'attestations depuis sa mise en place fin octobre 2005 dont 2,75 millions pour la seule année 2008. Cela représente approximativement 25% des déclarations. Ce sont également 114 000 déclarations d'accident du travail reçues depuis la mise en ligne du service en septembre 2008.

#### 1.2.4.3. Le renforcement qualitatif des relations avec les employeurs et les professionnels de santé s'est poursuivi.

[165] Certaines caisses visitées ont mis en place des conseillers employeurs. C'est là une déclinaison possible d'une stratégie nationale consistant à agir sur les facteurs de dépenses. En mettant en place des conseillers employeurs les caisses, en association avec les CRAM, souhaitent sensibiliser les employeurs en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Donner une information détaillée sur la situation de l'entreprise et des éléments de comparaison et déboucher éventuellement sur des conseils en partenariat avec les services compétents est une démarche intéressante. Les conseillers employeurs incitent aussi à cette occasion les entrepreneurs à s'engager dans la dématérialisation des procédures, en particulier en ce qui concerne les attestations de salaire et les déclarations des accidents de travail.

[166] La CNAMTS a également engagé une démarche nationale pour développer et structurer la fonction de Conseiller Informatique. La finalité du métier de Conseiller Informatique Service est de contribuer au processus de modernisation et de simplification des échanges des données médico-administratives informatisées. Néanmoins, cette nouvelle fonction ne devrait mobiliser que peu de moyens et de préférence par des agents assurant aussi d'autres tâches. En outre, les contacts avec les professionnels se multipliant, un effort de coordination sera nécessaire pour éviter que le renforcement des relations ne devienne contre productif.

[167] Le développement de ces fonctions de conseiller répond naturellement à l'ambition d'un service de meilleure qualité. Pour autant, la multiplication des initiatives invite à la vigilance quant aux effectifs qui y seront consacrés à moyen terme et, en tout état de cause, à subordonner à évaluation préalable toute extension de ces dispositifs.

**Réponse de l'organisme :** *La mise en œuvre des Conseillers Informatique Service est pilotée nationalement et va pleinement se concrétiser au cours de l'année 2010. Une lettre réseau a présenté en août 2009 le métier de Conseiller Informatique Service, organisé le recensement des effectifs concernés et leur positionnement sur les compétences attendues sur ce nouvel emploi et détaillé le pilotage du dispositif de formation et son déploiement. Afin d'harmoniser les compétences disponibles sur le réseau et de tenir compte des éventuels écarts d'investissement sur ce périmètre, une formation nationale modulaire en 7 parties est proposée. Cette fonction apparaît essentielle pour accompagner la dématérialisation auprès de nos partenaires et l'activité de ces conseillers est intégrée dans la stratégie de promotion des services dématérialisés actuellement en cours de construction. Il s'agit d'une activité spécifique qui n'est pas concurrente des autres fonctions en relation ou interface avec les professionnels de santé (Visites DAM, échanges confraternels des praticiens conseils) Les besoins qui se confirment sur la fonction de conseil aux employeurs – activités de promotion des échanges dématérialisés qui ont émergé sur la période de la COG actuelle, expérimentation sur les visites entreprise déployée plus récemment – feront l'objet d'une évaluation en 2010 afin de disposer des éléments nécessaires pour déployer un dispositif cohérent sur ce champ d'activité.*

**Observation de la mission :** *Vu*

#### 1.2.4.4. Des progrès notables de la qualité de service ont été enregistrés sur tous les points sauf la carte vitale et les indemnités journalières

[168] Les résultats obtenus en matière de qualité de service illustrent les progrès réalisés sur presque tous les sujets. La plupart des indicateurs sont proches des cibles fixées. On notera cependant que s'agissant des indemnités journalières et des délais de remplacement de la carte vitale les résultats sont très faibles.

[169] Les nouvelles modalités de diffusion de la carte Vitale 2 avec l'envoi à l'assuré, par le numériseur, d'un formulaire de collecte de la photographie ont modifié le processus de diffusion.

[170] Il est difficile de comparer les délais de diffusion avant et après la mise en place de la carte Vitale 2. En outre, le rôle des CPAM dans la procédure est dorénavant moins important. Dans la mesure où elles ne maitrisent pas la totalité de la chaine, l'indicateur se heurte à la même limite que l'indicateur de délai de versement de la première indemnité journalière. Par ailleurs, un certain nombre de demandes de cartes Vitale ont été bloquées suite à des anomalies techniques du système d'information. Un dispositif de rattrapage est en cours.

**Réponse de l'organisme :** *A fin septembre 2009, plus de huit millions de formulaires ont été adressés aux assurés du Régime général (et près de douze millions aux assurés tous régimes).Il est important d'insister sur le fait que le déploiement de cette nouvelle génération de carte constitue un changement profond du processus de production des cartes. En effet, l'assuré est devenu un acteur majeur notamment dans la phase de collecte de la photographie ; sans sa réponse, la démarche est bloquée. La mise en œuvre de ce processus sur l'ensemble de la population constitue une première, « aucun opérateur national n'avait une expérience de traitement et de diffusion d'une carte à puce avec photographie d'une ampleur comparable ». Dans ce contexte et pour ne pas engorger les points d'accueils ni saturer les agents, il a été décidé de faire appel à des industriels pour réaliser la dématérialisation des photos et le traitement des formulaires pour l'ensemble des régimes d'Assurance Maladie, réduisant de facto le rôle des CPAM. En contrepartie, l'introduction d'un acteur supplémentaire a complexifié le dispositif technique. Quelques manquements dans les mécanismes de synchronisation de systèmes d'informations hétérogènes ont effectivement généré le blocage de certains dossiers. Les années 2008 et 2009 ont donc été consacrées à fiabiliser le processus et prendre en compte les enseignements du terrain ainsi que le comportement des assurés.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[171] La performance réalisée par la branche maladie en matière de délai de versement de la première IJ non subrogée est très nettement inférieure à l'objectif fixé. Cette faible performance s'accompagne d'une dispersion assez forte des résultats entre les caisses. Il est difficile de trouver les causes exactes de ces résultats. Il est vrai que la computation du délai qui court entre la date de l'arrêt de travail et la date de mandatement de la première indemnité journalière renvoie à la responsabilité de la CPAM mais aussi à celle des employeurs. C'est une source de confusion, qui ne permet pas de distinguer les responsabilités de chaque acteur.

**Réponse de l'organisme :** *L'objectif de délai de traitement des indemnités journalières fixé dans la COG n'est effectivement pas atteint et ce malgré les efforts des CPAM qui contiennent leurs délais de traitement interne. Le délai de transmission des attestations employeurs est en effet une composante du délai global de traitement, or les organismes n'en ont pas la maîtrise même s'ils tentent de le réduire via la promotion intensive de DSIJ et les actions de sensibilisation auprès des employeurs. De plus, le taux retenu pour le 9ème décile rend l'indicateur extrêmement sensible au retard de quelques dossiers.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

### *1.3. Le pilotage national du réseau par la CNAMTS s'est nettement renforcé sans laisser de place à un véritable dialogue de gestion*

[172] La contractualisation avec le réseau est structurée pour la durée de la COG sur des objectifs qui correspondent aux trois domaines de la COG : la gestion du risque, le service et le management/pilotage. La Caisse nationale assure le déploiement de son action sur le terrain par le moyen de contrats pluriannuels de gestion (CPG). Pour les CTI, les CPAM, les CRAM, les DRSM[34] , un contrat est conclu pour la durée de la COG sur la période 2006-2009.

[173] Les CPG stipulent les objectifs à atteindre, donnent lieu à un classement des caisses et déterminent l'intéressement collectif qui sera versé en fonction des résultats. La cotation des objectifs donne clairement une priorité à la gestion du risque au détriment des autres domaines tels que l'offre de service, et, privilégie en son sein les actions de maîtrise médicalisée au sens des actions issues des conventions avec les professionnels de santé. .

[34] Pour ce qui concerne les URCAM, qui n'ont pas de responsabilité opérationnelle mais de coordination inter-régimes, un suivi spécifique est contractualisé par le moyen de convention de gestion inter-régimes (COGIR)

[174] Pour la gestion du risque, les objectifs recouvrent la mise en œuvre de programmes nationaux conçus par la CNAMTS, dans un cadre révisé annuellement pour tenir compte des évolutions des objectifs. Il faut noter qu'une partie des objectifs de qualité de service présents dans la COG ne figurent pas dans les CPG mais dans les plans de maîtrise socle (PMS).

### 1.3.1. Le pilotage par objectifs a été étendu à la gestion du risque

[175] La contractualisation a connu une nette amélioration au regard des observations qui avaient été faites par l'IGAS dans l'évaluation de la précédente COG[35]. Les avancées sont au nombre de trois :

#### 1.3.1.1. Les CPG permettent à la CNAMTS de faire appliquer par son réseau des programmes nationaux de gestion du risque

[176] En matière de gestion du risque, la contractualisation est passée d'une logique remontante à une logique descendante qui permet la mise en œuvre des programmes nationaux de gestion du risque.

[177] Sous l'empire de la précédente COG, le CPG ne contenait pas d'objectifs sur la régulation, ceux-ci étant renvoyés à des avenants annuels au niveau des CPAM, des CRAM et des URCAM. Ces négociations avaient pour but implicite de « diminuer le nombre d'actions de gestion du risque menées de façon autonome par les CPAM[36] ». D'où une procédure de contractualisation remontante permettant à la CNAMTS de valider les actions locales de régulation après un avis de l'URCAM, nécessaire pour assurer la conformité des actions au plan régional de l'assurance maladie.

#### 1.3.1.2. Le contenu des CPG s'est considérablement enrichi

[178] La précision des objectifs, assortis d'une valorisation en points mesurant le niveau d'atteinte des objectifs ainsi que le lien assuré avec l'intéressement, permettent à la CNAMTS de piloter son réseau.

**Réponse de l'organisme :** *Il est à noter que la valorisation en points du CPG existe depuis les contrats d'engagements concernant la période 2004-2005.*

**Observation de la mission :** *vu.*

[179] Des objectifs précis sont établis dans un contrat pluriannuel pour la durée de la COG correspondant aux six orientations arrêtées par le Conseil. Cette pluriannualité s'accompagne de mises à jour annuelles particulièrement importantes en ce qui concerne la gestion du risque.

[35] Bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2000-2003 signée entre l'Etat et la CNAMTS et propositions pour la future convention. Rapport IGAS n° 2003-096 de juillet 2003.
[36] Rapport IGAS précité page 20.

#### 1.3.1.3. La création de CPG entre la CNAMTS et les DRSM a permis la généralisation du pilotage par objectifs

[180] Dans la précédente COG, le pilotage du Service médical était assuré par un tableau de bord national d'activités des échelons régionaux et locaux. Le service médical étant sous l'autorité hiérarchique du directeur de la CNAMTS, la définition et le suivi des objectifs et de la démarche qualité étaient mis en œuvre sans procédure formelle de contrat. Il faut noter que la question de l'intéressement a trouvé une solution adaptée à l'enjeu de l'indépendance du service médical[37]. En revanche, la contractualisation avec les CRAM ne s'est pas développée et, en particulier, c'est sur les CPAM que la CNAMTS s'est appuyée pour développer la maîtrise médicalisée au sein des établissements de santé.

**Réponse de l'organisme :** *La mission indique que la contractualisation avec les CRAM ne s'est pas développée. Cette mention est surprenante car il y a bien eu signature de CPG avec les CRAM comme pour les CPAM ou les DRSM. Il faut noter que les CRAM signent deux CPG avec la CNAMTS, l'un pour la branche maladie et un second spécifique concernant la "tarification / prévention des AT/MP". Dans le cadre de la maîtrise médicalisée au sein des établissements, ce sont effectivement les CPAM et DRSM qui sont intervenues après un travail collaboratif avec les experts des CRAM pour la MMH. Pour le reste, cela découle simplement de la nature des sujets qui relevaient de leur champ de compétences : facturation, prescriptions prescrites en établissement et réalisées en ville….*

**Observation de la mission :** *C'est le contenu de la contractualisation qui est visée et notamment la maîtrise médicalisée à l'hôpital qui a été comme le souligne la réponse mise en œuvre par les CPAM et les DRSM.*

### 1.3.2. La contractualisation conserve des marges de progrès en matière de dialogue de gestion, de prise en compte de l'efficience, de classement des organismes

[181] Les limites sont de plusieurs ordres.

#### 1.3.2.1. Le pilotage, qui est descendant et sans véritable dialogue de gestion, mérite d'être amélioré sur plusieurs points

[182] Aujourd'hui, l'élaboration des contrats pluriannuels de gestions est très « descendante » y compris pour la détermination des objectifs. Dans la recherche d'un processus industrialisable et gérable au niveau national, il est parfaitement logique que la CNAMTS soit responsable de l'élaboration du contrat type et des orientations qui doivent y figurer en fonction des priorités nationales qui lui sont données notamment par la COG. Il reste que la détermination des cibles quantifiées devrait laisser une place plus importante aux dialogues avec les organismes.

[183] C'est une difficulté réelle car ce processus piloté au niveau national peine à tenir compte des spécificités territoriales. Or les différences de situation que connaissent les caisses sont parfois significatives et peuvent jouer un rôle important dans l'atteinte des objectifs. Cette limite est d'autant plus forte que les définitions de la plupart des indicateurs ne neutralisent pas les facteurs exogènes aux organismes du réseau de l'assurance maladie.

[184] Il faut reconnaître, et c'est particulièrement manifeste pour les fonctions administratives, qu'une structure de cent-une caisses locales rend difficile le pilotage fin du réseau et ne favorise pas les conditions d'émergence d'un dialogue de gestion plus structuré.

[37] Cf. Annexe 3.4.sur la gestion des ressources humaines

#### 1.3.2.2. Une pondération des objectifs qui fait une place réduite à l'efficience de la branche

[185] Les CPG regroupent entre trente-cinq et quarante objectifs organisés selon les trois axes de la COG : régulation, service et pilotage/management.

[186] Pour chacun des objectifs, un nombre maximum de points est déterminé. Les deux premiers axes représentent 80% des points distribués, tandis que le dernier qui concerne le pilotage et le management ne porte que 20% des points. Au regard des enjeux de ce dernier thème, les 200 points paraissent peu, surtout que l'efficience en tant que telle ne représente que 40 à 50 points, soit 4 à 5% du total.

#### 1.3.2.3. Un classement qui ne donne pas une image fidèle de la situation relative des caisses

[187] Les organismes font l'objet d'un classement selon leur taux de réussite sur les axes de contractualisation. A chaque objectif est associé un indicateur, une cible de résultat et un socle de performance. En fin d'année les points obtenus par une caisse sont calculés par une différence entre la cible et le résultat. La caisse n'obtient aucun point si elle n'a pas atteint le socle de performance qui lui était fixé.

[188] Le développement du pilotage par objectifs a donc permis de faire naître un réelle notation des organismes et, notamment via l'intéressement collectif, de sensibiliser les agents de la branche à ces enjeux. La méthode utilisée soulève quelques difficultés méthodologiques, qui ont trait au mode de classement des organismes. En effet, le nombre de points attribués dépend du résultat obtenu en comparaison de la cible fixée. Si une caisse atteint son objectif, elle obtient le maximum des points attribuables. Le nombre de points obtenus et le classement associé ne renvoient donc pas à une performance en absolu mais à une performance relative.

[189] Cette méthodologie est d'autant plus problématique que le coût marginal du point croît avec la performance Les caisses qui ont déjà des performances élevées ont de plus en plus de mal à obtenir des gains supplémentaires. Cette méthode avantage les caisses dont la situation de départ est moyenne voire mauvaise et pour lesquelles les objectifs sont plus faciles à atteindre.

**Réponse de l'organisme :** *La démarche arrêtée repose sur l'idée que le résultat national se fait grâce aux efforts de tous y compris des meilleures circonscriptions de l'Assurance Maladie. Cependant, contrairement à ce que la mission indique, les objectifs fixés pour de nombreux indicateurs (gestion du risque, productivité …) sont déterminés en prenant en compte la situation initiale des caisses. Une grande majorité des indicateurs du service ont de leur côté des objectifs nationaux. La prise en compte de la « trajectoire » plutôt que du point d'arrivée procédait de la volonté de « valoriser » les efforts dans une dynamique de progrès et notamment de mobiliser les caisses qui partaient de plus loin. Une réflexion sur la problématique des caisses qui obtiennent les meilleurs résultats en valeur absolue et sur la reconnaissance de leurs efforts qui se heurte à la croissance du coût marginal du point pourrait être envisagée sans remettre en cause l'option forte que toutes les caisses doivent progresser sur un cycle COG.*

**Observation de la mission :** *Il est exact que certains objectifs tiennent compte de la situation locale. La valorisation des caisses les plus performantes reste un enjeu pour les prochaines COG.*

[190] En outre, on peut observer une grande volatilité dans le classement, plus ou moins importante selon les axes. Une caisse primaire peut ainsi, en un exercice, passer du premier tiers au dernier tiers du classement selon les objectifs. Une des raisons de ces variations s'explique par la mise à zéro des objectifs quel que soit l'effort engagé l'année précédente et les résultats obtenus. Ainsi entre 2007 et 2008, le nombre maximum de places gagnées a été de 110 en gestion du risque et dans le même temps le nombre maximum de places perdues a été de 99. Cette volatilité se retrouve dans le classement global et dans tous les classements par axe et n'est pas spécifique à l'exercice 2008. Elle illustre les limites des classements en relatif et trouble singulièrement l'interprétation que les personnels peuvent en avoir.

**Réponse de l'organisme :** *La volatilité dans le classement s'explique par le fait que les indicateurs (notamment en gestion du risque) peuvent varier d'une année à l'autre avec les avenants annuels De plus, les résultats concernant le service sont relativement concentrés (en 2008,14 caisses avec un taux de réussite entre 58% et 60% et 40 caisses entre 62 et 72%) répondant ainsi, par ailleurs, au souci d'homogénéité sur l'ensemble du territoire du service rendu.*

**Observation de la mission :** *vu*

Tableau 4 : Volatilité des classements des caisses selon les indicateurs CPG

| | Nombre maximum de places gagnées par une caisse entre 2007 et 2008 | Nombre maximum de places perdues par une caisse entre 2007 et 2008 |
|---|---|---|
| **Classement global** | 104 | 97 |
| **Classement axe pilotage management** | 98 | 89 |
| **Classement axe gestion du risque** | 110 | 99 |
| **Classement axe service** | 86 | 75 |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

[191] D'autre part, corollaire de cette volatilité, la « rotation » dans les premières et dernières places est importante. Ainsi entre 2004 et 2008, soit sur 5 années, la moitié des caisses ont été au moins une fois classées dans les 25 premières au classement général.

#### 1.3.2.4. Un retard croissant dans l'élaboration des avenants annuels

[192] On observe un retard croissant dans la mise à disposition des avenants annuels qui fixent les orientations et les objectifs à atteindre au cours de l'année en matière de gestion du risque. Ce problème concerne surtout la gestion du risque car les priorités et les objectifs peuvent être assez différents d'une année sur l'autre. Tandis qu'en matière de gestion globale de la branche, les orientations et objectifs sont plus stables.

[193] Ainsi les objectifs pour l'année 2009 n'ont été connus qu'en juin de cette même année. Si en attendant de les connaître, les services poursuivent les actions engagées les années précédentes, ils ne sont pas en mesure d'atteindre des objectifs annuels qui portent sur une période de plus en plus courte. La mission a aussi pu constater que, dans certaines régions, le délai pris par la CNAMTS pour notifier les objectifs de l'année en cours était mis à profit par les organismes pour appliquer leurs propres actions. Cette marge de manœuvre non voulue, puisque issue de retard dans la notification par la CNAMTS des objectifs de l'année, est qualifiée dans une région visitée de «fond d'écran », une sorte de programmation qui prend le dessus lorsque les objectifs nationaux ne sont pas connus. Ce retard illustre les difficultés incontestables auxquelles la CNAMTS fait face dans la gestion de cet exercice. L'organisation descendante qui fait porter tout l'effort de préparation sur l'établissement public ne favorise pas la fluidité de la préparation.

**Réponse de l'organisme :** *Le temps de la mise à disposition des avenants annuels peut être tardif mais en tout état de cause, ils sont toujours notifiés au cours des cinq premiers mois de l'année. Les thèmes sont précisés dès le début de l'exercice dans une lettre-circulaire ce qui permet aux dirigeants de s'organiser. Par ailleurs, comme indiqué, cette situation concerne principalement la gestion du risque et les organismes connaissent leurs objectifs au cours du 1er trimestre de l'année même si la confirmation officielle intervient ultérieurement.*

**Observation de la mission :** *vu*

### 1.3.3. L'audit et le contrôle internes ont progressé surtout dans l'aide au pilotage du réseau

[194] Le dispositif de contrôle interne est déjà largement développé au sein des réseaux. Le principal outil les plans de maîtrise socle (PMS), au nombre de 32, couvre dorénavant très largement l'activité des caisses et les PMS devraient être tous déployés dans toutes les caisses d'ici la fin de l'année 2010 pour les derniers d'entre eux.

La mission observe néanmoins qu'il n'est pas prévu de faire des PMS pour certaines activités. Il en est ainsi de la gestion du risque, de la gestion immobilière, de la sécurité des systèmes d'information et enfin de l'action sanitaire et sociale, qui regroupe les aides à l'accès aux soins, le maintien à domicile et les subventions aux associations. Cette activité ne faisait pas non plus partie du travail de cartographie des risques. En outre on regrettera qu'une telle démarche n'ait pas connu un tel développement pour l'établissement public ».

**Réponse de l'organisme :** *L'analyse faite par la Direction de la CNAMTS en concertation avec le Comité de Coordination "Maîtrise des Processus" est que la plupart de ces activités donnent lieu à des instructions très précises de l'organisme national et à une vérification étroite de leur bonne application sans qu'il soit nécessaire de les insérer, sinon de façon purement formelle, dans les PMS. En ce qui concerne la sécurité des systèmes d'information, une politique très précise de la CNAMTS (PSSI) a été communiquée aux différentes composantes du réseau ainsi qu'aux services de la Caisse Nationale eux-mêmes. Les règles propres à un processus donné vont être insérées dans le PMS correspondant. D'autres règles transversales de la PSSI complètent celles incluses dans les PMS. S'agissant du regret de la mission que la démarche des PMS n'ait pas été conduite pour l'établissement public lui-même, il convient de préciser que la démarche a d'ores et déjà été engagée : -mise en œuvre effective de 4 PMS sur les activités financières et comptable ; -- mise en œuvre effective des PMS dans 2 des structures informatiques (Direction de l'Informationnel et de l'Aide au Pilotage et Centre d'Exploitation National) ; - mise au point en cours d'un dispositif de contrôle interne des achats s'inspirant du PMS "approvisionnement" des Caisses du réseau.*

**Observation de la mission :** *La réponse est prise en compte pour l'établissement publi .*

[195] La branche dispose d'une comptabilité analytique qui retrace, pour tous les processus des trois grands pôles (liquidation des prestations, relations avec les usagers et professionnels de santé, gestion du risque), le nombre d'unités d'œuvres constaté chaque année et les ETP mobilisés pour les traiter. La caisse nationale consolide les résultats et met à disposition du réseau les résultats nationaux et locaux pour l'ensemble des processus. Cet outil est un avantage important dont peuvent profiter les équipes de direction des caisses pour piloter leur activité. La mission a pu observer lors de ses déplacements que l'outil était utilisé en particulier pour se comparer aux caisses de taille équivalente.

[196] Il faut néanmoins tenir compte de plusieurs limites. On ne retrouve pas dans cette comptabilité les dépenses de fonctionnement courant liées à l'immobilier, l'électricité, ou encore à l'entretien ; elle ne satisfait donc que partiellement à l'engagement formalisé dans la COG précisant que la comptabilité analytique doit couvrir l'ensemble du champ d'activité de l'assurance maladie et faciliter la comparaison des coûts. En outre, le système est déclaratif et le suivi est fait *a posteriori*. Enfin, il est parfois difficile de faire un partage précis de la contribution à chaque processus. Cette limite s'applique en particulier lorsque la polyvalence est forte. Elle pèse surtout sur les métiers de la gestion du risque qui participent à différents processus dans des proportions aujourd'hui assez mal connues. Pour perfectionner et fiabiliser ce système, la CNAMTS est en train de déployer dans le réseau l'outil OSCARR pour permettre un suivi précis des temps consacrés à chaque processus. Le déploiement devrait être terminé en 2009.

**Réponse de l'organisme :** *Ce sont bien l'ensemble des charges de fonctionnement (classe 6) qui sont suivies en comptabilité analytique ; si les coûts directs (essentiellement les salaires, formations, missions) sont bien affectés aux processus, les coûts indirects (dont immobilier, électricité, chauffage…) sont affectés dans un premier temps sur des Sections de Calcul. Le logiciel Galilée répartit ensuite annuellement les coûts indirects sur les processus au moyen de clés de ventilation différenciées. L'évaluation des coûts inclut donc les coûts directs et indirects, y compris les coûts d'entretien immobilier, l'électricité et le chauffage. Il reste qu'en infra-annuel, les CPAM ne disposent que des coûts directs des processus donnés par la balance analytique COPERNIC (les coûts indirects sont également connus mais non ventilés). La recommandation N°34 n'apparaît donc pas justifiée.*

**Observation de la mission :** *La mission ne peut que regretter que ce logiciel ne lui ait pas été présenté, ni au niveau national ni dans les caisses visitées, alors même qu'elle avait demandé à disposer des données issues de la comptabilité analytique. Il aurait utilement complété l'analyse qui a pu être faite sur la base des ETP ventilés par processus. Si le logiciel Galilée permettait de ventiler l'ensemble des dépenses selon la nomenclature des processus utilisées par les caisses et reprises dans le présent rapport, la recommandation n°34 deviendrait effectivement injustifiée.*

[197] Historiquement, le service d'audit interne de l'établissement public CNAMTS réalisait principalement des audits liés à des prises de poste mais on observe depuis plusieurs années une augmentation des audits qui privilégient une approche par thématique. Le bilan d'activité du service d'audit interne de l'établissement public montre que la plupart des audits sont réalisés sur le réseau et on pourra regretter le peu de missions réalisées sur l'établissement public en tant que tel. Si les audits thématiques ne manquent pas d'aborder la question du pilotage national, ils ne permettent pas d'avoir une vision globale de la situation d'une direction ou d'un service de la CNAMTS. C'est aux yeux de la mission une carence importante dans la planification des travaux du service d'audit interne.

**Réponse de l'organisme :** *L'évolution de la répartition entre les audits de structures et les audits thématiques s'est faite, au contraire des observations de la mission, en faveur des audits de structures. Ces derniers ont fortement augmenté, en raison du nombre important des départs de directeurs et du choix réalisé à partir de la fin 2008 d'intégrer des organismes en fonction de leurs résultats de gestion. La part des audits thématiques est restée quant à elle plutôt stable. Ainsi, entre 18 et 20 audits de structures ont été réalisés sur chacun des exercices 2007 à 2009, contre 6 à 7 thématiques chaque année. Le constat concernant les missions réalisées sur l'établissement public doit être atténué. En effet, il convient d'observer qu'en complément des audits thématiques, qui abordent systématiquement le pilotage national, plusieurs audits de directions ou de processus de la CNAMTS ont été réalisés (Secrétariat général, DDSI, DIAP, Achats), couvrant plus de la moitié des moyens de fonctionnement de la CNAMTS. Le volume et la portée des recommandations nationales suivies en Comité d'Audit montrent bien que les directions de la CNAMTS sont fortement concernées par les suites de missions d'audit, comme le souligne d'ailleurs la mission IGAS (chap. 983).*

**Observation de la mission :** *La mission ne doute pas que les directions soient concernées par les audits, par définition. Elle constate qu'aucune direction de l'établissement public n'a fait l'objet d'un audit complet ou même partiel de son activité.*

[198] Les moyens mobilisés par la CNAMTS, y compris le recours aux cabinets et malgré l'existence d'une équipe d'auditeurs dédiés à la validation des comptes (12 personnes), sont en deçà de ce que l'on peut observer dans les entreprises[38]. En effet, la direction de l'audit général dispose d'une quinzaine d'auditeurs. Globalement les moyens paraissent insuffisants pour mettre en œuvre une stratégie d'audit qui suppose de reconduire les mêmes opérations tous les 5 à 6 ans.

**Réponse de l'organisme :** *Le constat d'une insuffisance de moyens doit être relativisé, car les moyens d'audit mobilisés par la CNAMTS (moyens internes et externes) permettent actuellement d'intervenir sur la totalité des organismes tous les 6 ans (18 à 20 organismes/an). Il convient également de considérer qu'il n'est pas forcément pertinent de reconduire la totalité des opérations initiales dans un audit récurrent. Il est vrai que certains audits de suivi mériteraient d'être plus rapprochés et que les audits thématiques devraient être déclinés sur un plus grand nombre d'organismes. C'est pour ces raisons que l'audit Général a prévu de recenser les moyens d'audit interne du réseau et de réaliser des partenariats avec quelques organismes dès 2010, afin d'enclencher un processus d'optimisation de l'utilisation des ressources d'audit interne de la branche.*

**Observation de la mission :** *vu.*

### *1.4. Les programmes nationaux de gestion du risque méritent d'être développés malgré des résultats financiers qui restent en deçà des objectifs*

[199] La novation des programmes nationaux consiste dans l'articulation entre des actions d'accompagnement des professionnels afin d'atteindre une amélioration des pratiques et des actions de contrôle qui sanctionnent les irrégularités voire les fraudes. La mise en œuvre de ces programmes s'est accompagnée d'une part d'une réorganisation de la CNAMTS[39], et d'autre part d'une diversification des outils[40].

#### 1.4.1. Des résultats significatifs mais en deçà des objectifs

[200] Les résultats de la maîtrise médicalisée en ville sont décevants au regard des ambitions affichées. Quelles que soient les années, les résultats restent stables à un volume d'économies réalisées de l'ordre de 500 M€, très en deçà des objectifs poursuivis (Cf. Annexe n°1).

##### 1.4.1.1. Certaines actions ont donné des résultats encourageants

[201] **L'action sur les génériques** obtient des résultats encourageants depuis 2004. Ces résultats présentent la caractéristique de se maintenir dans le temps. Il faut noter que cette action a fait l'objet de plusieurs mesures agissant en synergie (visites des prescripteurs et des pharmaciens, opération tiers payant contre générique, extension du répertoire etc..).

[202] **Les actions sur les statines, les IPP et les antibiotiques** démontrent également une modification sensible des courbes de dépenses et de volumes remboursés avec des inflexions correspondant aux lancements des campagnes de l'assurance maladie.

---

[38] Selon une enquête de l'IFACI réalisée en 2005 auprès d'un échantillon d'entreprises françaises, le nombre d'auditeurs moyen est de 2,85 pour 1 000 salariés.

[39] Trois directions sont concernées par la gestion du risque : le DGOS, la direction des études et de la stratégie, la direction du contrôle contentieux et de la répression des fraudes. Ces directions associent les compétences administratives et médicales.

[40] Information, contrôle, contrat, mise sous entente préalable.

[203] **L'action sur la prescription des antihypertenseurs** visant à favoriser la prescription en première intention des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) est largement justifiée. En effet, les comparaisons internationales (avec le Royaume Uni, l'Espagne, l'Allemagne et l'Italie) identifient clairement la spécificité française de prescription plus fréquente des Sartans que des IEC. Les économies fixées en objectif en 2007 ont été réalisées à 80 % et celles de 2008 ont été quasiment atteintes.

##### 1.4.1.2. Les résultats de l'action sur les arrêts de travail ont cessé d'être positifs

[204] Tous risques confondus, le nombre d'IJ a baissé d'environ 0,8 % par an de 2003 à 2006. A partir de 2007, le nombre d'IJ a repris sa croissance avec une accélération en 2008 de 5,3 % en volume. La croissance semble provenir des arrêts longs en 2008 (arrêts de plus de 30 jours). Les objectifs n'ont été atteints ni en 2007 ni en 2008.

[205] Dans un premier temps, l'assurance maladie a identifié les médecins généralistes gros prescripteurs en la matière et des échanges confraternels et des visites de délégués de l'assurance maladie ont été réalisés pour ramener ces praticiens dans des pratiques professionnelles plus proches de celles de leurs confrères. Ensuite, les médecins maintenant leur pratique déviante ont fait l'objet de la procédure de mise sous accord préalable. Dans un troisième temps, en 2009, l'assurance maladie a proposé aux médecins des outils d'aide au dialogue avec leurs patients portant sur 5 pathologies (lombalgie, syndromes anxieux, pathologie type grippe, arrêts de travail post interventionnel dans deux affections musculo-squelettiques).

##### 1.4.1.3. L'action concernant les affections de longue durée (ALD) a donné des résultats sensibles mais en deçà des objectifs fixés

[206] Les actions de l'assurance maladie sur ce domaine ont consisté, pour l'essentiel, à infléchir les pratiques des prescripteurs dans le domaine du respect des règles de l'ordonnance bizone. Les avenants 12 et 23 de la convention médicale pour les années 2007 et 2008 permettaient de fixer des objectifs d'économie par ce mécanisme. Ce thème a fait l'objet d'actions importantes en matière de communication auprès des professionnels de santé. Pour autant, les objectifs fixés n'ont été atteints qu'aux alentours de 25 % en 2005 et 2006 et de 54 % en 2007.

### 1.4.2. Des résultats hétérogènes selon les organismes

[207] Les organismes font l'objet d'un classement selon leur taux de réussite sur les axes de contractualisation. Les résultats obtenus par chaque type d'organisme sont présentés devant la Commission de l'animation du réseau et des moyens[41]. Pour 2007, les résultats sont les suivants.

##### 1.4.2.1. Concernant les CPAM, les résultats sont assez discriminants selon les actions.

[41] Pour les résultats 2007 réunion du 11 septembre 2008

Tableau 5 : Performance des CPAM sur l'axe gestion du risque

| Objectifs | Résultat national | Objectifs 2007 | Nombre de CPAM ayant atteint leur objectif |
|---|---|---|---|
| ALD | - 0,31 point | - 1,3 point | 0 |
| ALD-feux rouges | -0,05 point | - 3 points | 0 |
| Nombre d'IJ | 3,3 % | - 2,5 % | 0 |
| Génériques | 81,7 % | 75,4 % | 101 |
| Statines | - 4,1 % | 0 % | 126 |
| Antibiotiques | -3,3 % | - 5 % | 29 |
| Inhibiteur de la Pompe à Protons | - 1,91 % | - 3,7 % | 14 |
| Transports | 7,09 % | 5 % | 19 |
| Lits médicalisés | 3,63 % | 1,8 % | 93 |
| Visites DAM | 311 433 | 300 000 | 123 |
| Recours contre tiers | 19,37 € | 22,01€ | 17 |

*Source : CNAMTS (CARM du 11 septembre 2008)*

[208] Ce bilan montre des résultats très hétérogènes entre les 128 caisses selon les objectifs. Deux objectifs de résultats sont atteints par presque toutes les caisses : la baisse des prescriptions de génériques et de statines. Un objectif de moyen est largement atteint : le nombre de visites de DAM. En revanche, sont plus discriminants les objectifs sur les prescriptions d'IPP, de transports ou d'antibiotiques qui ne sont atteints que par moins d'une trentaine de caisses. Les objectifs sur les ALD et les IJ ne sont atteints par aucune caisse.

**Réponse de l'organisme :** *Les résultats des CPAM sont hétérogènes car les objectifs fixés sont ambitieux. C'est un gage de progrès. Pour les DRSM, pour leur part, la CNAMTS doit tenir compte de la position du conseil national de l'ordre des médecins selon laquelle la fixation d'indicateurs de résultats en matière de contrôle serait de nature à porter atteinte à l'indépendance technique des médecins conseils.*

**Observation de la mission :** *Il serait utile que la Caisse nationale analyse les facteurs de blocage ou les freins à l'atteinte des objectifs qu'elle a fixés aux caisses, même si par ailleurs ces objectifs peuvent être ambitieux, ce que la mission ne conteste pas.*

1.4.2.2. Concernant les CRAM, les résultats sont plus homogènes.

Tableau 6 : Performance des CRAM sur l'axe gestion du risque

| Objectifs | Résultat national | Objectifs 2007 | Nombre de CRAM ayant atteint leur objectif |
|---|---|---|---|
| Chirurgie ambulatoire | 57,0 % | 75,0 % | 0 |
| Plateaux techniques | 87,5 % | 100,0 % | 14 |
| Médicaments intrahospitaliers | 95,1 % | 100,0 % | 10 |
| MIGAC | 87,2 % | 85,0 % | 8 |
| Contrôle de l'activité des établissements privés | 100,0 % | 100,0 % | 16 |
| Observatoire interne | 62,5 % | 100,0 % | 10 |
| PRISMES | 93,6 % | 80,0 % | 11 |
| Situation financière des établissements publics et PSPH | 23,2 % | 20,0 % | 12 |
| Appareillage | 25,9 % | 10,0 % | 15 |

*Source : CNAMTS (CARM du 11 septembre 2008)*

[209] Deux objectifs enregistrent des résultats hétérogènes : celui relatif à la chirurgie ambulatoire et le contrôle des MIGAC.

1.4.2.3. Concernant les DRSM et URCAM, les résultats sont globalement très homogènes

[210] Pour les DRSM, les résultats sont très homogènes à l'exception de l'objectif relatif aux IJ pour lequel seules 4 DRSM atteignent leur cible.

Tableau 7 : Performance des DRSM sur l'axe gestion du risque

| Objectifs | Résultat national 2007 | Objectifs 2007 | Nombre de DRSM ayant atteint leur objectif |
|---|---|---|---|
| Respect des délais réglementaires ETM pour les nouvelles demandes concernant les pathologies faisant l'objet d'un référentiel HAS | 95,6 % | 90 % | 19 |
| Pourcentage de contrôles des arrêts de travail supérieurs à 60 jours | 96,4 % | 97 % | 4 |
| Nombre de contrôles des arrêts de travail de courte durée | 259 332 | 230 000 | 20 |
| Nombre d'avis sur personne | 182 336 | 138 000 | 19 |
| Nombre d'échanges confraternels | 54 336 | 38 500 | 19 |
| T2A : taux de séjours contrôlés | 1,2 % | 1 % | 20 |
| Suivi du respect des contrats conventionnels signés par les PS | 71,5 % | 33,3 % | 19 |

*Source : CNAMTS (CARM du 11 septembre 2008)*

[211] Enfin, concernant les URCAM, les indicateurs de prévention montrent une dispersion des résultats entre organismes sur l'objectif relatif au taux de vaccination contre la grippe pour lequel seuls deux organismes atteignent leurs cibles.

Tableau 8 : Performance des URCAM sur les indicateurs de prévention

| | Objectifs 2007 | Résultat national 2007 | Nombre d'URCAM ayant atteint leur objectif |
|---|---|---|---|
| Vaccination contre la grippe | +2 points | taux de réussite moyen : 12 % | 2 |
| Dépistage du cancer du sein | +3 points ou +5 points suivant les URCAM | taux de réussite moyen : 89 % | 19 |
| GRSP/PRSP | Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique | taux de réussite moyen : 78 % | 17 |

*Source : CNAMTS (CARM du 11 septembre 2008)*

### 1.4.3. Une organisation à géométrie variable qui ne facilite pas la mise en œuvre des actions de gestion du risque

#### 1.4.3.1. La fonction de coordination a été privilégiée au détriment de choix plus ambitieux

[212] Alors qu'au niveau de l'établissement public, une réorganisation a été mise en œuvre pour articuler les compétences administratives et médicales, cette réorganisation n'a pas été engagée au niveau territorial. L'évaluation de la précédente COG avait déjà pointé la question de l'organisation du réseau et prôné plusieurs évolutions notamment une régionalisation du réseau. Ces orientations n'ont pas été suivies et la CNAMTS a opéré en 2005 un choix fonctionnel par la mise en place de coordinations : d'une part, la désignation en 2006 de coordonnateurs régionaux de la gestion du risque, à laquelle a été ensuite rattachée la lutte contre la fraude, d'autre part, la fonction de coordonnateur des DAM. L'existence de deux niveaux territoriaux, le département et la région d'une part, et le cloisonnement des compétences administrative et médicale ont donc été conservés.

[213] Cette superposition de coordination -de portée différente : stratégique pour la gestion du risque, coordination de moyens pour les DAM- respecte la spécificité des différents organismes. Ce dispositif présente cependant la fragilité de reposer sur les bonnes volontés de coopération entre les organismes.

[214] Le rôle de coordonnateur aurait dû revenir organiquement aux URCAM qui ont de par la loi[42] la mission de coordonner les actions entre les régimes. Dans les faits, le poids de l'inter régime est resté faible et les URCAM sont devenues des instances de coordination du seul régime général. Les coordonnateurs ont été désignés en tenant compte d'éléments conjoncturels, mais aussi par souci d'équilibre entre les différents réseaux : ainsi, ont été désignés coordonnateurs du risque deux DRSM, deux directeurs de CRAM, onze directeurs d'URCAM (dont six sont directeurs d'URCAM et cinq à la fois directeurs d'URCAM et de CPAM), et trois directeurs de CPAM. Chaque organisme du réseau a pu ainsi exercer cette fonction.

[42] La note d'orientation du conseil sur l'organisation du réseau de mars 2006 indique également que « conformément aux dispositions de la loi du 13 août 2004, les fonctions de coordonnateur du risque et celle de directeur de l'URCAM ont vocation à être agrégées »

**Réponse de l'organisme :** *Le point de vue de la mission selon lequel le rôle de coordonnateur aurait dû revenir aux URCAM n'est pas partagé par la CNAMTS. En effet le développement des programmes nationaux de gestion du risque, inscrit dans la COG, et le développement d'une politique de lutte contre la fraude adossée à la DNLF, nécessitait, pour le Régime général, de disposer d'un relais en région qui soit reconnu par l'ensemble des acteurs et adapté à ce nouvel environnement. Le rassemblement géographique des acteurs génère effectivement un gain de temps et d'énergie qui a confirmé la pertinence de ce choix.*

**Observation de la mission :** *La mission ne fait que constater l'affaiblissement des URCAM dans la coordination de la gestion du risque. Cette évolution pourrait être considérée comme contradictoire à l'instauration par la loi du 21 juillet 2009 d'un nouveau contrat entre l'Etat et l'UNCAM.*

[215] La mission a pu examiner trois modes différents de coordination de la gestion du risque : le premier est une coordination qui peut être qualifiée «d'éclatée » ; le deuxième est une coordination classique telle que prévue par les textes, donc assurée par l'URCAM ; enfin, le troisième correspond à une coordination « médicale » assurée par la DRSM.

[216] La région Centre est caractérisée par des coordinations éclatées : la coordination régionale est confiée à la directrice d'une CPAM (importante) mais qui n'est pas celle du chef lieu de région. La coordination régionale des DAM est assurée par la CPAM du chef lieu de région. La mutualisation des moyens de praticiens conseils est assurée par le DRSM pour toute la région. Il est apparu à la mission que cette organisation était fragile et source de coûts. Fragile parce que pour bien fonctionner, elle requiert une bonne entente entre directeurs ; coûteuse car la coordination impose le déplacement des responsables éloignés de près de deux heures de train.

[217] La région Rhône –Alpes présente une coordination URCAM et CPAM : elle est assurée par le directeur de l'URCAM qui est ensuite devenu aussi directeur de la CPAM de Lyon. La dimension de la coordination inter régimes est présente. Le cumul de fonction entre direction d'URCAM et de CPAM porteuse de synergie. Enfin le lieu unique de localisation au chef lieu de région est source de gains de temps et d'énergie.

[218] Dans la région Nord Pas de Calais, la coordination est assurée par la DRSM, par voie de consensus entre les directeurs des CPAM. Il est apparu à la mission que cette formule de coordination permettait d'instaurer une relation plus directe entre les analyses et les actions à mettre en œuvre. Le cumul de la fonction de mutualisation des ressources médicales et celle de coordination de la gestion du risque présente une synergie évidente.

**Réponse de l'organisme :** *Il est rappelé que tous les Directeurs coordonnateurs de la gestion du risque (DCGDR) ont été désignés par le Directeur général de la CNAMTS (et non par consensus) en juillet 2006 en fonction de leur expérience en matière de GDR.*

**Observation de la mission :** *Dont acte.*

#### 1.4.3.2. Alors que l'articulation des compétences médicales et administratives a été mise en œuvre au niveau national, cette question reste pendante au niveau territorial

[219] L'établissement public a fait l'objet d'une profonde réorganisation à l'initiative du directeur général. Cette réorganisation a permis d'articuler les compétences médicales au sein des différentes directions. Une direction du réseau (la direction déléguée aux opérations) a été créée pour assurer la mise en œuvre de toutes les actions dans le réseau, qu'elles soient de portée administrative ou médicale. Le médecin conseil national est devenu le conseiller du directeur et l'échelon national du service médical qui existait auparavant a été supprimé. Les praticiens conseils sont en revanche répartis au sein des chacune des directions pour faire valoir les compétences médicales.

[220] Ce type de réforme n'a pas été conduit dans le réseau. Les praticiens conseils sont affectés dans des échelons locaux ou régionaux. Ils sont sous l'autorité hiérarchique du médecin conseil régional qui assure la gestion du service médical dans la région. Le statut juridique constitue une source de difficulté certaine qui n'existait pas au niveau national : les DRSM ne constituent pas un organisme local mais un service déconcentré de la CNAMTS, alors que les caisses sont dotées d'une autonomie juridique.

## 2. RECOMMANDATIONS POUR LA FUTURE COG

[221] Cette partie est consacrée aux deux grands enjeux de la négociation de la prochaine COG : le premier point est relatif à l'évolution de la productivité du réseau, le second aux conditions de contractualisation dans le cadre du nouveau dispositif issu de la loi du 21 juillet 2009.

[222] La présente synthèse se borne aux propositions que la mission juge les plus stratégiques mais d'autres recommandations sont formulées dans les annexes au rapport. Toutes les recommandations sont récapitulées en pièce jointe.

### *2.1. L'amélioration de la productivité et la résorption des écarts de performance entre organismes doivent constituer les priorités de la prochaine COG*

[223] Au-delà de l'amélioration de la productivité, c'est la modernisation des différents outils de gestion dont dispose la branche qui doit être traitée par la nouvelle convention.

#### 2.1.1. Le potentiel de productivité reste important compte tenu des marges de manœuvre en matière d'organisation de la production et de dématérialisation

[224] Si l'amélioration de la productivité a été significative sur les dernières années, cet effort doit être poursuivi. Cet objectif est d'autant plus essentiel que la résorption des écarts de performance constituait l'une des priorités des conventions d'objectifs et de gestion et que les résultats obtenus sur la dernière période témoignent d'une absence de progrès sur ce champ.

[225] Deux leviers sont mobilisables :

- la poursuite des gains de productivité, à organisation de la production inchangée, par la poursuite de la dématérialisation et la réduction des écarts entre caisses ;
- une amplification de la démarche de mutualisation, qui doit à terme permettre de dégager une cible organisationnelle optimale.

[226] En conséquence de ces gains de productivité, les effectifs seront appelés à évoluer.

##### 2.1.1.1. La recherche de gains de productivité doit être poursuivie

- *La poursuite de la dématérialisation est une première source de gains de productivité.*

[227] La mission a quantifié les gains qui résulteraient, toutes choses égales par ailleurs, d'une progression de la dématérialisation durant la durée de la prochaine COG. Ces calculs sont réalisés avec les données de la comptabilité analytique sur l'année 2008 sur un volume d'activité projeté en 2013. Plusieurs hypothèses ont été retenues :

- le taux de dématérialisation (nombre de décomptes du processus FSE + B2 sur nombre total de décomptes) de référence est de 84%, c'est-à-dire celui constaté en 2008 ;
- pour les décomptes non dématérialisés, la répartition est considérée comme constante. Elle se fait sur la base de 69% pour les décomptes traités en FSP Scanner et 31% pour les décomptes en FSP manuel, soit la répartition observée en 2008 ;

- la mission a retenu le principe d'une croissance annuelle du nombre de décomptes de 1,41% sur quatre exercices, ce qui correspond au rythme annuel moyen observé entre 2004 et 2008. Le nombre de décomptes serait ainsi de 1 140 782 596 en 2013.

Tableau 9 : Simulation de l'impact d'une progression de la dématérialisation sur les besoins en ETP pour traiter les feuilles de soins en 2013

| | FSE | | FSP Manuel | | FSP Scanner | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Taux démat** | **Nb de décomptes** | **ETP** | **Nb de décomptes** | **ETP** | **Nb décomptes** | **ETP** | **ETP** | **Différence avec situation de référence** |
| 84 (situation de réf.) | 958 257 380 | 4 842 | 56 582 817 | 4 124 | 125 942 399 | 2 408 | 11 374 | **So** |
| 85 | 969 665 206 | 4 899 | 53 046 391 | 3 866 | 118 070 999 | 2 258 | 11 023 | **351** |
| 90 | 1 026 704 336 | 5 188 | 35 364 260 | 2 578 | 78 713 999 | 1 505 | 9 270 | **2 104** |
| 95 | 1 083 743 466 | 5 476 | 17 682 130 | 1 289 | 39 357 000 | 753 | 7 517 | **3 857** |
| 100 | 1 140 782 596 | 5 764 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 764 | **5 610** |

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[228] On peut ainsi observer que les gains pouvant être réalisés par la dématérialisation sont encore très importants. Un point de dématérialisation représente une réduction des besoins en ETP de 351 pour traiter le volume projeté en 2013. Le scénario à 100% est irréaliste car une partie des feuilles de soins circulera toujours sous forme papier ne serait-ce que pour les situations de perte ou d'oubli de cartes par exemple. Si on retient l'hypothèse raisonnable d'un taux de dématérialisation entre 90 et 95%, les besoins en ETP pour gérer les décomptes seraient réduits d'environ 3 000-3 500 ETP à productivité de traitement de FSE constante, soit près de 3/5 de l'effort réalisé sur la COG actuelle, ce qui est donc très significatif.

[229] Atteindre un taux de dématérialisation autour de 95% supposerait néanmoins une action volontariste, des pouvoirs publics et de la caisse nationale, vers les professions de santé pour lesquelles les marges de progrès sont les plus importantes, tout particulièrement les médecins généralistes et les spécialistes.

[230] Le code de la sécurité sociale prévoit la possibilité de demander une contribution forfaitaire aux professionnels de santé, établissements et organismes, transmettant des feuilles de soins papier, ou autres documents servant à constater la délivrance aux assurés sociaux de soins, de produits ou des prestations remboursables. Jusque là cette contribution était fixée dans les conventions signées avec les différentes professions. La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a confié au seul directeur de l'UNCAM le soin de la déterminer. Moyennant un accompagnement des professionnels de santé, c'est un levier important pour poursuivre la progression du taux de dématérialisation.

**Recommandation n°1 : Fixer dans la COG un objectif de 90% à 95% pour le taux de dématérialisation des feuilles de soins en utilisant notamment le levier de la contribution forfaitaire pour couvrir à terme le traitement d'une feuille de soins et d'un autre document papier.**

**Réponse de l'organisme :** *Les dispositions prévues par la loi HPST en matière d'accompagnement de la mise en œuvre de la contribution forfaitaire ont fait l'objet d'une négociation avec les syndicats représentatifs des professionnels de santé. La décision fixant le montant de cette contribution sera prochainement publiée. La mise en œuvre de la mesure nécessite néanmoins, afin que l'objectif de gains de productivité puisse être atteint, que les professionnels non équipés pour la télétransmission puissent s'équiper. Compte tenu du volume de professionnels non équipés, cette phase de déploiement ne peut à tout le moins aboutir avant la fin de l'année 2010. Un taux de 90% parait plus réaliste.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[231] La dématérialisation des déclarations de salaires des indemnités journalières (DSIJ) n'ayant pas trouvé de traduction dans l'organisation, tous les gains de productivité restent encore à réaliser. En effet, malgré la dématérialisation de la DSIJ à hauteur de 25%, aucun gain n'a été concrétisé : l'absence d'injecteur dans le SI de la CNAMTS conduit de fait les équipes à imprimer les déclarations électroniques qui leur parviennent pour les saisir dans les applications de la branche. Or les effectifs affectés au traitement des IJ maladie, maternité et paternité sont, selon la comptabilité analytique, de plus de 4 220 ETP en 2008. Il y a donc là une source importante de gains de productivité.

[232] Malheureusement compte tenu de l'organisation actuelle, la productivité du traitement des décomptes DSIJ dématérialisés n'est pas connue. La mission a retenu l'hypothèse d'une productivité quatre fois plus importante pour le traitement des DSIJ dématérialisées. C'est un rapport légèrement inférieur à celui observé en 2008 entre le traitement des décomptes dans le processus feuilles de soins papier (7,3 ETP pour 100 000 décomptes) et feuilles de soins scannerisées (1,9 ETP pour 100 000 décomptes). En effet, ces deux processus se différencient seulement par le traitement du flux d'entrée comme ce sera le cas entre les processus de traitement des déclarations de salaire papier et dématérialisée. En outre, concernant les DSIJ dématérialisées, l'injecteur supprimera également une opération de saisie. Compte tenu de la complexité de l'instruction des demandes d'indemnités journalières et de l'absence de données plus précises, il est pour l'instant difficile d'envisager des gains aussi importants que ceux que l'on peut constater entre le traitement des feuilles de soins papier et le traitement des feuilles de soins électroniques (0,5 ETP pour 100 000 décomptes en 2008).

Tableau 10 : Simulation de l'impact de la dématérialisation des déclarations de salaires sur les ETP affectés au traitement des indemnités journalières

| Hypothèse de taux de dématérialisation et injection | DSI dématérialisée et injectée | | DSIJ non dématérialisée, ou dématérialisée et non injectée | | Total ETP | Différence avec situation de départ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nb de décomptes | ETP | Nb de décomptes | ETP | | |
| 0 (situation de départ) | 0 | 0 | 27 377 167 | 4 229 | 4 229 | |
| 25% | 6 844 292 | 264 | 20 532 875 | 3 172 | 3 436 | 793 |
| 50% | 13 688 584 | 529 | 13 688 584 | 2 115 | 2 643 | 1 586 |
| 75% | 20 532 875 | 793 | 6 844 292 | 1 057 | 1 850 | 2 379 |
| 95% | 26 008 309 | 1 004 | 1 368 858 | 211 | 1 216 | 3 013 |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

**Recommandation n°2 : Fixer dans la COG un objectif de dématérialisation des DSIJ entre 30 et 40% d'ici la fin de la convention.**

[233] Des gains de productivité peuvent enfin résulter, sans que la mission puisse les estimer, du développement de contacts multicanaux et en particulier des services WEB, pour la gestion des bénéficiaires.

- *Des gains de productivité sont également possibles par réduction des écarts*

[234] L'amélioration de la productivité a été significative sur les dernières années, mais les écarts entre caisses sont loin d'être réduits. La mission souligne que, quelle que soit la méthode retenue, il n'est pas possible d'observer une relation entre volume d'activité et productivité. Cela signifie que, pour un même volume d'activité, certaines caisses ont des productivités très bonnes tandis que d'autres connaissent de mauvais résultats. Ceci est vrai quelle que soit la taille de la caisse.

[235] La mission a donc retenu deux méthodes pour estimer l'impact potentiel d'une réduction des écarts de productivité entre les caisses primaires. La première est fondée sur l'hypothèse d'une relation entre le volume d'activité et la productivité. Pour une caisse donnée, la productivité de référence est donc celle de la caisse qui a obtenu le meilleur résultat pour un volume d'activité comparable. La deuxième consiste, indépendamment du volume d'activité, à calculer une productivité de référence (moyenne des 10 ou 20 meilleures caisses) et à l'appliquer à toutes les caisses.

[236] Les deux méthodes aboutissent à des estimations très proches. Dans les deux cas, le potentiel d'une réduction des écarts de productivité entre les caisses primaires se situerait aux environs de 12 000 ETP.

Tableau 11 : Impact selon deux méthodes d'une réduction des écarts de productivité entre caisses primaires

| Méthode | Hypothèse (Nb de BAP pour 1 000 ETP) – Productivités 2008 | Impact en ETP |
|---|---|---|
| **Existence d'un lien volume d'activité/productivité** | Productivité de référence | - 12 000 |
| | Productivité de référence dégradée de 15% | - 6 000 |
| **Absence de lien entre volume d'activité et productivité** | Productivité moyenne des 10 meilleures caisses | - 12 000 |
| | Productivité moyenne des 20 meilleures caisses | - 10 000 |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

**Recommandation n°3 : La COG devrait prévoir un objectif ambitieux de réduction des écarts de productivité. La CNAMTS doit renforcer son dispositif de pilotage de la réduction des écarts : mettre en place un suivi de la relation volume d'activité/productivité, définir des trajectoires caisse par caisse, rendre les taux de remplacement plus discriminants, augmenter le poids des objectifs de productivité dans les CPG.**

**Réponse de l'organisme :** *Le calcul d'un potentiel de gains par alignement sur une productivité « cible » correspondant à la productivité des caisses connaissant les meilleurs résultats doit être accompagné d'un certain nombre de précautions méthodologiques au regard de la détermination d'objectifs opérationnels sur ce champ dans la COG et les CPG. Indépendamment de la problématique des doubles comptes à neutraliser dans le calcul du potentiel de gain (gains issus de la dématérialisation vs autres gains), la détermination des progrès de chaque organisme ne peut s'appuyer sur une logique d'alignement sans prise en compte de l'ensemble des facteurs et notamment des facteurs exogènes- facteurs par ailleurs évoqués par la mission Cf § [183]- qui peuvent jouer sur la productivité. Par ailleurs la marge de progrès et l'actionnement de certains leviers, dont le taux de remplacement, peuvent trouver des limites du fait même du périmètre sur lequel ils s'exercent (nombre de départ en retraites et turn over sur la période de la COG).*

**Observation de la mission :** *C'est pourquoi la mission a aussi calculé la réduction des écarts de productivité par un alignement sur les meilleures performances pour un volume d'activité similaire. Cette méthode permet aussi de tenir compte des facteurs mentionnés par la caisse dans sa réponse.*

[237] Concernant les fonctions support, il est difficile, compte tenu des éléments disponibles, de déterminer ce que pourraient être les gains de productivité potentiels. Seuls les processus de gestion des approvisionnements et de gestion des biens peuvent faire l'objet d'une estimation sur la base des données de la comptabilité analytique. Au total près de 1 100 ETP seraient nécessaires pour prendre en charge les deux processus, contre plus de 2 000 actuellement.

**Réponse de l'organisme :** *En matière de fonctions support, les gains de productivité potentiels doivent tenir compte des effets de seuil minimum. En outre, l'appréciation doit bien prendre en compte le recours à la sous-traitance, qui peut induire dans certains cas une diminution des ETP associée à des charges externes en augmentation. La démarche de mutualisation permettra de progresser dans ce domaine. La mission recommande (recommandation 3) que la COG prévoie un objectif ambitieux de réduction des écarts de productivité. Elle estime que la CNAMTS doit renforcer son dispositif de pilotage de la réduction des écarts : mettre en place un suivi de la relation volume d'activité/productivité, définir des trajectoires caisse par caisse, rendre les taux de remplacement plus discriminants, augmenter le poids des objectifs de productivité dans les CPG. Comme indiqué, supra, la réduction des écarts de productivité, si elle constitue un objectif légitime, n'est pas un objectif en soi car il est souhaitable que les caisses les plus productives continuent de progresser. La CNAMTS entend toutefois renforcer le dispositif de pilotage de la réduction des écarts avec un suivi de la productivité par le nouvel outil OSCAAR, une élaboration des taux de remplacement plus affinée et une prise en compte adéquate du poids des objectifs de productivité dans les CPG.*

**Observation de la mission :** *La réduction des écarts s'entend comme une progression de toutes les caisses, les caisses les moins performantes devant fournir un effort plus important.*

- *Les résultats obtenus en matière de performance doivent être encouragés par le système de rémunération*

[238] L'évolution de la structure des rémunérations des agents de la branche, qui prend aujourd'hui mieux en compte l'atteinte des objectifs, via les primes de résultats et l'intéressement collectif, doit être poursuivie.

[239] Deux axes sont envisageables :

– le premier est d'étendre le champ des personnes éligibles à ces mécanismes et le montant des rémunérations concernées. Ainsi, il serait souhaitable que le champ de la prime de résultat soit étendu aux cadres de niveau 7 voire 6 : en effet, ces personnels jouent un rôle essentiel dans la maîtrise des processus et des évolutions de l'assurance-maladie. De même, le plafonnement actuel de la prime pour les cadres de niveau 8 et 9 pourrait être rendu moins restrictif ; la bonne maîtrise des dispositifs de fixation d'objectifs, d'évaluation et d'entretiens individuels acquise au cours des dernières années doit rendre possible cette évolution. Enfin, il est souhaitable que tous les praticiens conseils puissent bénéficier de ce dispositif.

**Recommandation n°4 : Etendre le champ et la portée de la prime de résultat**

**Réponse de l'organisme :** *L'extension du champ des personnes éligibles aux primes de résultat est en effet un axe envisageable et souhaité par la direction de la Cnamts..*

**Observation de la mission :** *vu.*

– le second concerne le mécanisme d'intéressement collectif dont les modalités restent insuffisamment discriminantes.

**Recommandation n°5 : A l'occasion de la négociation du prochain accord d'intéressement, renforcer la part locale et limiter les mécanismes permettant « d'assurer » le bénéfice de l'intéressement à toutes les caisses**

**Réponse de l'organisme :** *Le renforcement de la part locale a déjà été effectué (de 50% à 60%). Cela peut être poursuivi de manière modérée car les objectifs retenus pour la part nationale sont également d'importance et ils doivent avoir un poids, dans le résultat, non négligeable pour que les organismes s'attachent à les atteindre .Les recommandations de limiter les mécanismes permettant « d'assurer » le bénéfice de l'intéressement à toutes les caisses n'apparaît pas être un but en soi (à savoir en pratique qu'un certain nombre de caisses ne bénéficient pas de l'intéressement). L'intéressement doit rester un outil de management avec un fort degré d'incitation à faire. L'essentiel est que la réussite dans l'atteinte des objectifs ne soit pas certaine et que le résultat soit équitable au regard des efforts entrepris.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

#### 2.1.1.2. La réorganisation des fonctions de production doit être assumée

- *Définir une stratégie ambitieuse en matière de mutualisation*

[240] Une dynamique de mutualisation lancée par la CNAMTS grâce à l'appel à projet auprès des organismes locaux a permis de faire émerger un certain nombre de pistes intéressantes. En outre, quelques expériences ont eu lieu sur des secteurs relativement réduits comme les rentes ou les invalidités. Elles ont démontré que les gains de productivité engrangés pouvaient être importants. Ainsi, la mutualisation de la gestion des rentes et de l'invalidité entre sept caisses a permis d'améliorer la productivité de 18% pour les premières et de 15% pour les secondes[43].

**Recommandation n°6 : Définir une stratégie nationale de mutualisation s'appuyant notamment sur les résultats des projets déjà expérimentés par les caisses et intégrant de nouvelles expérimentations sur un ou plusieurs des processus les plus importants (le traitement des feuilles de soins par exemple).**

**Réponse de l'organisme :** *La stratégie de mutualisation va être précisée en 2010 : en tenant compte de l'évaluation des projets mis en œuvre sur la COG (un bilan régional et des bilans détaillés par projet sont attendus pour fin janvier 2010 et seront exploités pour capitaliser nationalement sur les retours sur investissements identifiés) ; sur la base des diagnostics régionaux cadrés nationalement mis en œuvre sur le premier semestre 2010. Des scénarios de mutualisation par processus issus de ces travaux seront proposés au réseau et intégrés dans les contrats pluriannuels de gestion.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

- *Tendre vers une cible optimale*

[43] Source : CNAMTS

[241] En réalité, il apparaît à la mission que chaque processus de production ou fonction de gestion de l'assurance maladie a sa propre dynamique. Sur certains des sujets évoqués, par exemple certains contentieux ou encore la paye, il serait certainement envisageable de mutualiser sur une base inter-régionale voire nationale. Sur d'autres, la région peut paraître une maille trop large et des mutualisations inter-départementales seraient probablement plus efficientes.

[242] Deux paramètres sont importants pour guider la réflexion sur l'évolution du réseau : la taille critique et la taille optimale.

[243] La première qui a été estimée par la CNAMTS entre 200 000 et 250 000 bénéficiaires détermine le volume minimal d'activité en deçà duquel une caisse rencontrerait des difficultés pour exercer ses missions.

[244] S'agissant de la taille optimale, aucune étude n'a été fournie par la CNAMTS. Pour nourrir la réflexion, la mission a procédé une simulation pour donner un ordre de grandeur. Si l'on retient comme indicateur de la performance le nombre de bénéficiaires consommant par ETP présents et rémunérés au cours de l'année 2008 (comprenant CDD et CDI) on peut estimer que, compte tenu des organisations et donc des productivités actuelles, la taille optimale se situerait entre 750 000 et 1 million de bénéficiaires consommants. Autrement dit, la taille optimale au plan de la performance serait, globalement, plutôt au niveau inter-départemental.

**Réponse de l'organisme :** *La mission estime que cette taille optimale se situerait entre 750 000 et 1 million de bénéficiaires, équivalant à un niveau inter-départemental. En retenant une taille optimale de 750 000 à 1 000 000 de bénéficiaires consommants, cela supposerait que la Branche Maladie fonctionne avec une cinquantaine d'organismes, ce qui ne correspond à aucun calibrage départemental ou régional actuel. De surcroît, cette analyse ne se vérifie pas dans la pratique par l'analyse de la productivité relative des caisses en fonction de leur taille. En tout état de cause, le chantier actuel de fusions d'organismes doit prioritairement être mené à terme sur 2010 et 2011 pour faire passer dans la réalité les évolutions organisationnelles souhaitables pour le service et l'efficience. La mission recommande pour la prochaine COG (**recommandation 8**) de fixer à la branche maladie un objectif de gains de productivité en moyenne de 2,33 % par an, ce qui conduirait à ne pas remplacer environ 5 000 départs à la retraite (hors déploiement). L'approche de la mission sur les efforts à fournir en termes de productivité et de non remplacement des départs sur la période de la prochaine COG s'appuie sur deux arguments principaux :*

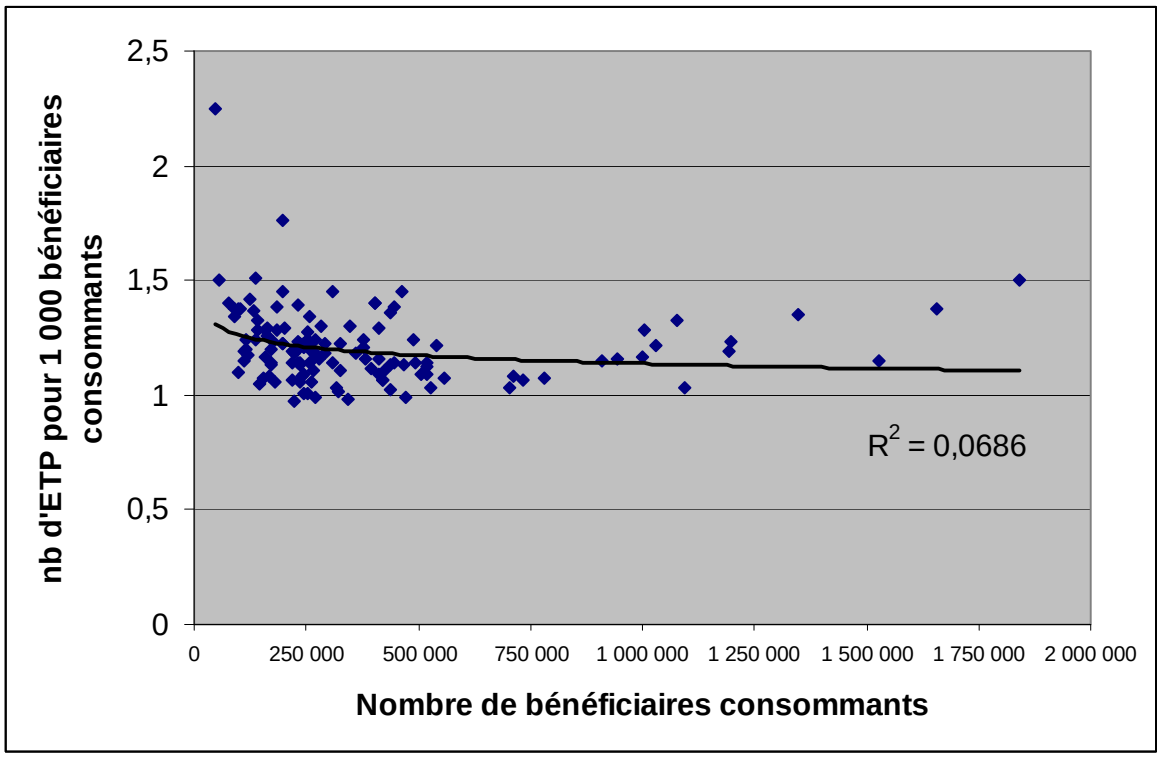
*-Comme point de départ, une analyse d'un potentiel de gains estimé à 17 000 ETP (rapporté sur trois COG) qui reposerait pour un tiers sur la poursuite de la dématérialisation et pour deux tiers sur la réduction des écarts de productivité. Certaines limites dans le chiffrage de ce gain ont d'ores et déjà été relevées (double compte) et différents facteurs susceptibles d'en obérer ou d'en limiter la réalisation, soulignés. Concernant plus particulièrement la réduction des écarts de productivité, la mission pose des options fortes sur les économies d'échelle susceptibles d'être générées par une réorganisation territoriale des processus de production. Or, il n'y a pas d'éléments probants aujourd'hui sur une efficience accrue d'organisation de type « ateliers régionaux de production » au regard des organisations actuelles.*

**Observation de la mission :** *La mission identifie un potentiel global de 17 300 ETP. Pour construire sa recommandation n°8 la mission ne s'est pas appuyée sur un scénario de réorganisation territoriale de la production, mais sur la réduction des écarts de productivité entre caisses sur la base du maillage actuel. Les départs à la retraite devraient permettre de maintenir le rythme de progression de la productivité tout en soutenant l'augmentation de l'activité.*

**Réponse de l'organisme :** *- L'argument d'une possible poursuite des efforts selon le même rythme que sur la COG actuelle. Cette option ne prend pas en compte deux facteurs importants : d'une part, la répartition très différente de la source des gains sur les deux périodes analysées alors même que leur réalisation est moins incertaine et moins « indolore » quand ils découlent de la dématérialisation (majorité des gains engrangés sur la COG actuelle), d'autre part, la situation rencontrée par une grande majorité d'organismes en fin de COG avec de fortes difficultés et tensions pour mobiliser de nouvelles marges compte tenu des efforts réalisés sur les quatre années écoulées. Enfin, le raisonnement s'applique hors redéploiements, considérant que ceux-ci ont pu se réaliser sur l'actuelle COG sans préjudice du nombre conséquent de départs non remplacés. Or, les besoins en termes de redéploiement sur la prochaine COG restent à identifier, étayer et négocier dans le cadre de la préparation de la convention et à ce stade le volume de 1000 ETP de la précédente COG ne peut être retenu comme référence. Ce raisonnement ne tient pas compte de nouvelles charges (recouvrement franchises, montée en charge T2A, basculement dans la gestion des droits, Vitale) extrêmement chronophages.*

**Observation de la mission :** *Les tensions mentionnées par la caisse nationale dans sa réponse ont aussi été évoquées par plusieurs organismes devant la mission. Aucun organisme, ni local ni national, n'a été en mesure d'objectiver ces tensions. Au surplus les analyses faites par la mission sur les écarts de productivité démontrent au contraire que le potentiel reste très important.*

Graphique 2 : Dispersion des bénéficiaires consommants par ETP




[245] Il apparaît nécessaire à la mission que des expérimentations soient réalisées sur un ou plusieurs processus afin de valider le niveau territorial optimal. Le bilan de celles-ci permettrait, lors de la COG suivante, de définir les fonctions pouvant être exercées à un niveau national ou inter-régional, au niveau régional ou inter-départemental, au niveau départemental et de doter l'assurance maladie d'une réelle stratégie d'organisation de ses fonctions de production.

[246] En outre, la réflexion sur l'organisation de la production ne peut faire abstraction des aspects managériaux et de pilotage du réseau. Elle doit également prendre en compte la cohérence des missions des caisses primaires et les liens qui existent entre les différentes missions.

[247] Compte tenu des possibilités d'optimisation qui demeurent, la mission estime tout à fait indispensable que la CNAMTS réalise une étude approfondie sur l'évolution de son réseau, en particulier concernant les caisses primaires.

**Recommandation n°7 : La COG devrait prévoir un engagement de la CNAMTS à fournir, à échéance de deux ans, une étude sur l'organisation optimale du réseau en matière de production, de management et de pilotage.**

**Réponse de l'organisme :** *Des travaux en matière d'organisation sont d'ores et déjà engagés dans le cadre d'un travail commun associant la Cnamts et des représentants du réseau. Des référents par macro processus vont cartographier les modèles organisationnels les plus performants pour chaque processus (notamment les processus de production) et produire les référentiels associés. L'analyse et l'objectivation des écarts de performance sont des axes de travail forts dans le cadre de la préparation de la prochaine COG. Néanmoins, la notion de taille optimale est à analyser en tenant compte des paramètres locaux pour délivrer des préconisations d'organisation favorisant l'efficience collective tout en étant adaptées aux caractéristiques de notre réseau.*

**Observation de la mission :** *Il ne s'agit pas que d'identifier les modes opératoires les plus performants à l'échelle d'une caisse, mais bien d'apporter des éclairages sur l'organisation optimale, en particulier s'agissant du maillage, en matière de production.*

#### 2.1.1.3. L'évolution des effectifs doit concourir à l'amélioration de la productivité

[248] Le potentiel de gains de productivité des CPAM est très important (cf. tableau 11). En additionnant les effets possibles de la réduction des écarts et l'amélioration de la dématérialisation des feuilles de soins et des déclarations de salaires, il s'établirait à plus de 17 000 ETP. Il faudrait y ajouter ceux des autres réseaux comme les DRSM pour lesquels des efforts peuvent sûrement être réalisés.

Tableau 12 : Récapitulatif des gains potentiels de productivité liés à la réduction des écarts et à la dématérialisation

| | **Réduction des besoins en ETP** |
|---|---|
| Réduction des écarts de productivité par application de productivités de référence par tranche de volume d'activité (scénario de référence) | 12 000 |
| Dématérialisation des feuilles de soins - 95% - appliqué au volume estimé de décomptes en 2013 | 3 800 |
| Dématérialisation des déclarations de salaire des IJ - 50% | 1 500 |
| **Total** | **17 300** |

*Source : Mission*

[249] Les scénarios et objectifs retenus sont ambitieux et ne peuvent être envisagées qu'à moyen ou long terme. Compte tenu de l'évolution de la productivité observée jusque là, ils ne peuvent s'envisager que sur une période de deux ou trois COG. En effet, entre 2005 et 2008 alors que l'activité augmentait de 0,66% par an, la productivité s'améliorait de 2,33% annuellement (cf. tableau 12).

Tableau 13 : Evolution de la productivité sur la période 2005-2008

| | Bénéficiaires consommants - France entière | Nb de bénéficiaires consommants/ETP | ETP annuels rémunérés CDI + CDD |
|---|---|---|---|
| 2005 | 49 213 161 | 590,11 | 83 397 |
| 2008 | 50 509 051 | 645,18 | 78 287 |
| Evolution annuelle | 323 973 | 13,77 | |
| en % | 0,66% | 2,33% | |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

[250] Si on prend une hypothèse de maintien de ces deux rythmes de progression, à échéance de la fin de la prochaine COG, la réduction des besoins en ETP serait d'environ 5 000 (cf. tableau 13). Ces chiffres s'entendent hors transferts de personnels vers les ARS. Il convient de noter que ce chiffre de 5 000 ETP ne comprend pas le potentiel de redéploiement d'effectifs vers la gestion du risque qui a atteint 1 000 ETP sur la période 2005 2008. Ainsi la réduction de 5 000 ETP sur la prochaine COG pourrait s'accompagner d'un redéploiement du même ordre vers la gestion du risque.

Tableau 14 : Estimation des besoins en ETP pour la COG à venir sur la base d'une activité et d'une productivité augmentant sur les rythmes observés sur la période 2005-2008

| | Bénéficiaires consommants - France entière | Nb de bénéficiaires consommants/ETP | ETP annuels rémunérés CDI + CDD | Evolution en ETP |
|---|---|---|---|---|
| 2009 | 50 842 411 | 660,21 | 77 009 | |
| 2010 | 51 177 971 | 675,60 | 75 752 | -1 257 |
| 2011 | 51 515 745 | 691,34 | 74 516 | -1 236 |
| 2012 | 51 855 749 | 707,45 | 73 300 | -1 216 |
| 2013 | 52 197 997 | 723,93 | 72 104 | -1 196 |
| | **Total** | | | -4 905 |

*Source : mission*

[251] Sauf à envisager une réforme beaucoup plus profonde et rapide, le principal levier à disposition de la branche maladie est celui des départs à la retraite. Aucun travail de collation n'a été fait par la caisse nationale pour avoir une vision consolidée des départs à venir dans la branche. Sur les dernières années (2006-2008) les départs s'établissent à approximativement 3 000 par an, dont un tiers au titre des carrières longues.

Tableau 15 : Départs à la retraite branche maladie sur la période 2006-2008

| | Départs à la retraite | | |
|---|---|---|---|
| | Classique | Carrières longues | Total |
| 2006 | 1 885 | 1 024 | 2 909 |
| 2007 | 2 197 | 1 050 | 3 247 |
| 2008 | 2 195 | 906 | 3 101 |

*Source : CNAMTS*

[252] Sauf à ce que la pyramide des âges de la branche s'écarte sensiblement de la démographie générale, on peut retenir les évolutions de cette dernière. Or les perspectives générales montrent que les générations suivant celles de 1949 sont aussi nombreuses voire plus nombreuses pour certaines d'entre-elles. Si les départs dits « pour carrières longues » devraient se réduire à terme, le volume des départs classiques devrait rester au moins au niveau de celui constaté entre 2006 et 2009.

[253] Aussi la branche maladie est en mesure de réaliser au moins le même effort que celui qu'elle vient de produire durant l'actuelle convention d'objectif et de gestion.

**Recommandation n°8 : Pour la prochaine COG, fixer à la branche maladie un objectif de gains de productivité en moyenne de 2,33% par an, ce qui conduirait à ne pas remplacer environ 5 000 départs à la retraite (hors redéploiements)**

### 2.1.2. La branche doit adapter et consolider ses outils de suivi interne et son système d'information

#### 2.1.2.1. Le contrôle interne doit être renforcé et le pilotage budgétaire unifié

- *Concernant le contrôle interne*

[254] La cartographie des risques est la condition de tout dispositif de contrôle interne. C'est à partir de ce travail qu'il est possible de définir les priorités du contrôle interne et les axes de travail les plus importants. Cette cartographie des risques est habituellement réalisée sur l'ensemble de l'activité et surtout avec les directions opérationnelles qui sont confrontées aux risques. Le travail fait par la CNAMTS se démarque de cette approche. D'une part, le champ de la cartographie ne représente pas l'intégralité des activités d'une caisse, et ne comprend pas l'établissement public ; d'autre part, la sélection des thèmes est en fait une extraction des principaux thèmes des audits de structure. La gestion des risques se trouve ainsi déterminée par le champ des audits actuels.

[255] Si le service d'audit interne peut temporairement suppléer à l'absence de cartographie des risques, cette solution ne peut pas être pérenne.

**Réponse de l'organisme :** *La mission estime que la cartographie des risques réalisée par la CNAMTS ne représente pas l'intégralité des activités d'une caisse et ne comprend pas l'établissement public. De plus, elle estime que la sélection des thèmes est une extraction des principaux thèmes des audits de structure, la gestion des risques se trouvant ainsi déterminée par le champ des audits actuels. Elle recommande (recommandation n°62) d'organiser la fonction de gestion des risques et d'engager une révision de la cartographie des risques. Le constat n'est pas totalement exact. Les risques ne sont pas déterminés par le champ des audits, car la cartographie a été réalisée à partir d'un travail de revue des processus qui a conduit à identifier les risques sur l'ensemble du périmètre d'activité des Caisses Primaires. Ce travail d'identification et d'évaluation a été réalisé selon une méthodologie utilisée par la profession, en concertation avec les directions. Les mises à jour sont réalisées régulièrement (sources : constats d'audits, évolutions de la réglementation et des instructions, retours d'expériences…). Ce sont donc bien les risques identifiés qui orientent les audits. Certes, la cartographie ne couvre pas l'ensemble des missions et activités de la branche. Toutefois, les caisses primaires constituent l'essentiel des organismes et connaissent des risques importants inhérents à leurs missions (paiement des prestations, gestion des risques). Par ailleurs, le niveau des risques résiduels mesurés peut conduire à la demande d'un plan d'actions et à identifier l'opportunité de conduire un audit de suivi. Une extension de la cartographie des risques à l'Etablissement Public est bien prévue.*

**Observation de la mission :** *L'exercice de cartographie des risques doit impérativement être articulé étroitement avec la stratégie de la branche, y compris sur la gestion du risque, ce qui dépasse largement les sources mentionnées pas la caisse nationale dans sa réponse (constats d'audits, retours d'expérience…). Pour cela la mission estime nécessaire d'organiser une fonction de gestion des risques pour embrasser tous les risques. Cette fonction ne doit pas être assumée par la direction en charge de l'audit mais par un gestionnaire des risques placé auprès du directeur général ou dans les directions.*

**Recommandation n°9 : Organiser la fonction de gestion des risques et engager une révision de la cartographie des risques.**

[256] Le dispositif de contrôle interne est déjà largement développé au sein des réseaux. Le principal outil, les plans de maitrise socle (PMS), qui sont au nombre de 32, couvrent dorénavant très largement l'activité des caisses et devraient être tous déployés dans toutes les caisses d'ici la fin de l'année 2010 pour les derniers d'entre eux. La mission a observé néanmoins qu'il n'est pas prévu de faire des PMS pour certaines activités et que la démarche n'a pas été conduite pour l'établissement public.

**Recommandation n°10 : Etendre les PMS à tous les macroprocessus en y intégrant les directions de l'établissement public.**

- *Concernant le pilotage budgétaire*

[257] On ne trouve pas au sein de l'établissement public de direction budgétaire unifiée. Par direction budgétaire, la mission entend le service qui supervise l'ensemble des questions budgétaires, sans être responsable de la mise en œuvre opérationnelle des crédits qui est du ressort des directions métiers. La direction financière et comptable (DFC) ne joue pas ce rôle. Elle ne suit pas les questions budgétaires, ni au moment de leur élaboration, ni dans le pilotage. La fonction budgétaire est en fait partagée entre la direction déléguée aux opérations (DDO), la DDSI et la direction financière du secrétariat général :

- la DDO est l'interlocuteur financier du réseau. L'essentiel des crédits servant à financer le réseau, elle détient un rôle clé dans la fonction budgétaire ;
- la DDSI suit les crédits informatiques de l'établissement public, en particulier les projets. Elle comprend en son sein une fonction budgétaire ;
- la direction financière du secrétariat général suit les crédits de l'établissement public à l'exception des crédits informatiques.

[258] Le pilotage budgétaire du réseau est donc séparé de celui de l'établissement public. Au niveau national, la DDO rapporte directement au directeur général et aux instances sans être soumise à la contradiction technique d'un service tiers. Comme cette direction joue un rôle de direction budgétaire auprès des organismes du réseau, prévoir un niveau supplémentaire de discussion technique n'aurait que peu de valeur ajoutée. L'analyse est différente en ce qui concerne les crédits informatiques. Le schéma actuel souffre d'une certaine confusion dans la mesure où la DDSI met en œuvre les crédits tout en étant sa propre direction financière, ce qui peut être source de difficultés.

**Recommandation n°11 : Créer une fonction de synthèse budgétaire au sein de l'établissement public.**

**Réponse de l'organisme :** *La préconisation de création d'une fonction de synthèse budgétaire au sein de l'établissement public n'apparaît pas de nature à résoudre les difficultés évoquées.*

**Observation de la mission :** *L'éclatement des budgets nuit au pilotage d'ensemble qui repose in fine sur le seul directeur général. Une mission de synthèse à défaut d'une direction financière unifiée constituerait un progrès.*

[259] Au plan budgétaire, les crédits non exécutés sont très largement reportés. La part réaffectée aux exercices suivants se situe entre 80 et 90% suivant les années. Il aurait été plus clair et préférable de procéder par avenant.

**Recommandation n°12 : Etablir les bases budgétaires de la future COG à partir du niveau d'exécution 2009. Prévoir la conclusion obligatoire d'un avenant pour annuler les autorisations de crédits lorsque le montant cumulé de celles qui ont été reportées dépassent un seuil qui est à fixer.**

**Réponse de l'organisme :** *L'établissement des bases budgétaires de la future COG à partir du niveau d'exécution 2009, c'est-à-dire la dernière année de la convention, correspond à la pratique retenue pour les charges de personnel. Elle n'a pas été retenue par les tutelles pour les autres dépenses de fonctionnement pour la COG 2006-2009, considérant que cette dernière peut être majorée du fait des reports de crédits. La nécessité d'un avenant pour annuler les autorisations de crédits lorsque le montant cumulé de celles qui ont été reportées dépassent un seuil à fixer va à l'encontre des principes de pluriannualité, d'autonomie et de responsabilité qui sont des principes essentiels des conventions d'objectifs et de gestion. Il apparaît donc préférable que les règles budgétaires soient fixées clairement pour la durée de la convention et qu'elles ne soient pas remises en cause.*

**Observation de la mission :** *il n'est pas sain de pouvoir cumuler plus de 900 millions d'autorisations de crédits. Sans remettre en cause la pluri- annualité, principe fondamental, les règles budgétaires pourraient comprendre la conclusion d'un avenant dans les conditions précisées par la mission dans son rapport.*

#### 2.1.2.2. Les systèmes d'information appellent des actions prioritaires pour définir la cible fonctionnelle, réorganiser les services et valider le choix du SIRH

- *Concernant l'architecture technique*

[260] Les évolutions de l'architecture technique, applicatives et fonctionnelles, du SI restent floues et semble-t-il mal assimilées par l'ensemble des directions métiers. Il est vrai que si les orientations techniques peuvent trouver une justification, la mission ne trouve pas dans les documents mis à sa disposition d'analyse coût/ bénéfice de ces évolutions. Les études de valeur font cruellement défaut pour des projets parfois très importants. Dès lors, il est aisé de comprendre les difficultés d'assimilation par les directions métiers. D'une manière générale, il est indispensable de professionnaliser la démarche de lancement de projet.

**Réponse de l'organisme :** *La volonté de mettre en place une organisation apte à formaliser de façon cohérente les architectures fonctionnelles, applicatives et techniques a été clairement exprimée et associée au souci de co-construction et de partage avec les maîtrises d'ouvrage. Bien entendu, il s'agit d'une action de moyen terme qui doit se synchroniser avec les évolutions « métiers ». Certaines briques de ce dispositif existent déjà dans des formats évolutifs tels que l'architecture applicative ou technique.*

**Observation de la mission :** *vu.*

**Réponse de l'organisme :** ***Concernant l'utilisation de la méthode de lancement de projet (MLP) :*** *La méthode MLP n'est certes pas appliquée de façon exhaustive. La DDSI a proposé de mettre à jour et d'alléger la méthode afin de renforcer sa mise en oeuvre. Des premières propositions ont été faites : problématique, cadrage, contractualisation. Une révision de la formation à la méthodologie a été opérée à fin septembre 2009 pour l'actualiser et la rendre plus accessible et mieux adaptable à la complexité des projets. Il s'agit d'en systématiser progressivement l'usage et de la rendre opérante via les instances de gouvernance du système d'information. Chaque besoin à inscrire dans le portefeuille de projets doit être justifié par la formalisation de sa description, de ses enjeux et contributions pondérées aux axes stratégiques, des gains apportés à l'institution, des risques à ne pas faire. Cette procédure, certes encore perfectible, a été appliquée à l'élaboration du plan de charges de l'exercice 2009. Elle est en cours de réactualisation pour l'exercice 2010 avec l'ambition d'en renforcer la pratique pour mieux éclairer les choix et arbitrages des décideurs.*

**Observation de la mission :** *vu.*

[261] La mission souligne que la COG 2006-2009 prévoyait déjà la fourniture d'un schéma directeur à mi convention. Cet engagement n'a pas été respecté.

**Réponse de l'organisme :** *Un projet de Schéma Directeur des Systèmes d'Information a été adressé fin 2007 à la tutelle dans le but de recueillir son avis. La remise officielle du document a été effectuée en mars 2008 en la présence des représentants du budget et de la sécurité sociale : un courrier du 26 septembre 2008 adressé à la CNAMTS a acté officiellement la remise du Schéma Directeur des Systèmes d'Information et a précisé qu'il ressortait de l'analyse générale du document, qu'il était en « adéquation avec la COG » notamment en ce qui concerne son chapitre 3.3 « faire évoluer le SI pour servir les objectifs stratégiques de l'Assurance Maladie ».Par ailleurs, la CNAMTS s'engage dans la réalisation d'un nouveau Schéma Directeur des Systèmes d'Information avec l'objectif d'expliciter les perspectives d'évolution à moyen terme du Système d'Information pour répondre aux enjeux métiers et aux attentes de la tutelle, mais également de proposer une démarche pragmatique et très opérationnelle pour mettre en œuvre ces évolutions.*

**Observation de la mission :** *Le document cité par la Caisse nationale est beaucoup trop imprécis pour être assimilé à un schéma directeur. Il s'agit plus d'une énumération des possibles qu'un document arrêtant une stratégie, une cible fonctionnelle et une architecture technique. (cf. observation en réponse au §130).*

**Recommandation n°13 : La prochaine COG devrait prévoir la fourniture impérative, à une échéance d'un ou deux ans, d'un schéma directeur donnant la cible fonctionnelle à moyen/long terme. Ce schéma devra obtenir l'approbation de l'Etat. Dans l'attente, suspendre tout lancement de nouveau projet de portée stratégique.**

- *Concernant la production informatique*

[262] Les effectifs de production représentent 42% du total des moyens mobilisés par la DDSI (effectifs internes et externes) et par les CTI (1 624 pour les deux).

**Réponse de l'organisme :** *A fin septembre 2009, parmi les moyens mobilisés par la DDSI, les agents des centres de production sont au nombre de 557 agents et les agents de la DDSI sont au nombre de 928 pour un total de 1485.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[263] La force de développement (hors management) ne représente qu'un tiers des moyens mobilisables par la DDSI (effectifs internes et externes) en 2008, ce qui est assez faible compte tenu des ambitions de la caisse nationale. La mission souligne le poids des fonctions de management, de pilotage et administratives, qui absorbent 19% des moyens.

**Réponse de l'organisme :** *L'augmentation de la capacité de développement est un axe d'évolution prioritaire. Il nécessite d'aborder simultanément les questions de gestion des compétences internes, de pilotage des équipes des prestataires externes, d'externalisation de certaines charges vers les solutions du marché, de mise en place de processus de fabrication alliant méthodes agiles et qualité industrielle. De nombreux efforts ont été réalisés depuis 18 mois dans ce domaine. S'agissant du poids de la fonction management dans l'activité de la DDSI, c'est également un thème d'évolution prioritaire ; si l'effectif référencé dans la fonction management représente 19% du total, la consommation en temps agents ne pèse que 7% de l'activité globale.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[264] La refonte de l'architecture technique autour d'UNIX a permis de simplifier et d'harmoniser la production. Par ailleurs, le passage en système ouvert a modifié en profondeur les compétences nécessaires des équipes de production. Cette situation s'accompagne d'une organisation territoriale très éclatée. Aujourd'hui répartie sur 9 sites, l'utilisation des moyens alloués à la production pourrait être optimisée en réduisant le nombre d'implantation géographique. Cette réorganisation permettrait de réduire le coût des fonctions supports et probablement, par une augmentation du volume d'activité, d'améliorer la productivité. Certes, une telle évolution supposerait des changements profonds pour une bonne partie des personnels aujourd'hui affectés à la production. C'est une double opportunité dont doit se saisir la DDSI. C'est une possibilité ouverte de redéployer une partie des personnels en fonction de ses besoins et de ses priorités, et pour les agents c'est l'occasion d'embrasser de nouvelles fonctions et de dynamiser leurs carrières. La fonction de développement, ou bien de nouvelles fonctions, par exemple en termes de support ou d'animation nationale des fonctions informatiques des organismes des réseaux (cf. infra) pourraient ainsi être utilement renforcées. Cette opération demandera un accompagnement important aussi bien en termes de mobilité géographique, qui ne pourrait se faire que sur la base du volontariat, que de mobilité fonctionnelle.

**Recommandation n°14 : La prochaine COG devrait comporter un engagement fort en matière de réorganisation de la fonction de production des systèmes d'information. La fourniture d'un schéma cible et d'un calendrier au plus tard à mi-convention suivi d'un début de mise en œuvre serait un minimum.**

- *Concernant la DDSI*

[265] La DDSI est fortement déconcentrée. Elle est structurée autour de 17 sites, les deux plus important étant ceux de Paris (241 agents) et Grenoble (102 agents). Sur les autres sites, le nombre d'agents DDSI varie entre 80 (Angers) et 13 (Metz). 80 % des équipes sont aujourd'hui positionnées au sein des sites régionaux. La dissémination des projets et des fonctions entre différents sites est problématique: les équipes de direction et de projet doivent supporter un coût de coordination élevé.

**Réponse de l'organisme :** ***Concernant la coordination des sites****, le secrétariat général a mis en place depuis 2004 une coordination centrale des seize "sites déconcentrés" (SG/DGM/DASD) pour les activités support et déployé depuis 2008 des procédures dématérialisées pour simplifier et rationaliser la gestion administrative (déplacements, réservation de salle et visiteurs, évaluations, congés, etc.). Une maîtrise d'ouvrage a été installée au SG en janvier 2009, pour coordonner les projets informatiques internes visant notamment à améliorer le fonctionnement et réduire les coûts de gestion des sites.* ***Concernant la réduction du nombre des sites déconcentrés*** *(recommandation n°15), une analyse a débuté à l'été 2009, sous le co-pilotage du SG et de la DDSI.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[266] Aux yeux de la mission, le chantier de la réorganisation des SI est prioritaire. La mission tient à souligner que l'articulation entre la réorganisation territoriale et la mise en œuvre des différents chantiers, fonctionnels, logiciel ou techniques est un point critique. En effet, il faut prendre soin de mette en œuvre cette réorganisation de sorte qu'elle ne déstabilise pas les équipes mobilisées sur les projets les plus importants et qui se situent à des phases critiques du cycle de vie des projets.

**Recommandation n°15 : La COG devrait prévoir un engagement de la CNAMTS quant à la fourniture au plus tard à mi-COG d'une cible d'organisation de la DDSI, pour un début de mise en œuvre en deuxième partie de convention.**

- *Concernant le SIRH*

[267] L'assurance-maladie a fait le choix du déploiement de l'outil GRH de la branche famille dont est également dotée la branche recouvrement (il faut toutefois noter que la branche vieillesse a retenu HR Accès). Comparé à la mise en place d'une solution disponible sur le marché (progiciel de gestion intégré), le choix d'outils propriétaires conduit immanquablement à mobiliser des moyens dédiés et spécialisés plus importants. Alors même que l'assurance-maladie éprouve déjà d'importantes difficultés dans la gestion de ces personnels et qu'elle peine à faire face à tous ses chantiers « métiers », un tel choix pose question.

[268] L'outil GRH ne sera déployé au sein de l'assurance-maladie qu'à compter de 2011 malgré les insuffisances évidentes de l'actuel outil. La gestion des relations avec la branche famille n'est pas maîtrisée : la convention CNAMTS/ CNAF n'est pas encore signée ; les adaptations, paramétrage et interfaces seront de la responsabilité du personnel informatique de l'assurance-maladie, la maintenance et les évolutions du produit seront de la responsabilité de la branche famille, qui n'a pas tenu ses engagements jusqu'à présent.

[269] En outre, la CNAMTS a décidé de déployer un outil de pilotage (Alinéa) et un outil de GRH (Aliform) développés par des CPAM, qui doivent être interfacés avec GRH le moment venu et dont l'utilisation n'est pas à ce stade obligatoire par les CPAM. Il existe en effet un certain nombre de développements locaux ou de progiciels déployés par des CPAM. Il ne sera donc pas possible d'homogénéiser les pratiques ni en matière de pilotage, ni en matière de gestion des compétences et des emplois, ce qui est préjudiciable à l'homogénéisation des pratiques requise par la COG.

**Réponse de l'organisme :** ***Concernant les interrogations de la mission sur le choix du déploiement de l'outil GRH de la branche famille*** *: La méthode MAREVA, méthode d'analyse de la valeur, a permis d'objectiver le choix de l'outil GRH de la branche famille.*

**Observation de la mission :** *' vu.*

**Réponse de l'organisme :** ***Concernant le SIRH*** *: Le SIRH est envisagé comme un tout construit de manière pragmatique, à la lumière des expériences antérieures et tenant compte d'un ensemble de contraintes. L'adoption des outils communs GRH, ALINEA, ALIFORM et Décisionnel constitue un compromis dans le sens où chacun de ces outils répond d'assez près aux besoins spécifiques des utilisateurs et où leur utilisation commune constitue une première étape décisive dans la convergence des pratiques.*

**Observation de la mission :** *La question réside moins dans le pragmatisme que dans la capacité de la caisse à mener à bien ce chantier majeur à des coûts qui ne soient pas prohibitifs tant en termes financiers qu'en terme de ressources humaines internes.*

**Réponse de l'organisme :** ***Concernant le choix de l'outil GRH :*** *L'étude de l'acquisition de l'outil STARH (technologie HR Access) de la branche Retraite a été réalisée en 2002. Les conclusions ont conduit à l'abandon de cette solution pour des raisons essentiellement juridiques en lien avec les procédures de marchés publics qui plus est, sans aucune garantie quant au choix final. Le coût de l'acquisition d'un ERP pour la branche Maladie était jugé trop élevé. Le choix de l'outil de la branche Famille (GRH) permet d'amorcer la convergence de trois branches institutionnelles sur quatre vers un outil de paye institutionnel commun. Le SIRH est avant tout une construction fonctionnelle répondant à des objectifs de gestion et de pilotage des ressources humaines de l'Assurance Maladie et basée sur l'expression des besoins des utilisateurs tant locaux que nationaux. Le choix des outils tient compte de l'ensemble de ces éléments.Le choix de l'outil GRH est intervenu dès 2006. Le retard pris dans sa mise en œuvre est exogène à l'Assurance Maladie. Dans un premier temps, la Branche Famille souhaitait finaliser le déploiement de son produit dans son propre environnement. La priorité a été ensuite donnée à la Branche Recouvrement. Le déploiement de GRH dans la branche recouvrement a été finalisé au 1er semestre 2009. Durant la phase projet, les ressources informatiques mobilisées au sein de l'Assurance Maladie sont des ressources de pilotage et d'expertise en architecture fonctionnelle et technique de la même manière que si le choix s'était porté sur une solution ERP. Les ressources de développement sont celles de la Branche Famille moyennant un système de contribution interbranches. Dans la phase de gestion courante, les ressources de MOE mobilisées pour la maintenance de GRH sont celles de la Branche Famille. Du côté Branche Maladie, il est prévu un Directeur de Projet assisté d'un chef de projet et un appui aux équipes de la branche famille. La convention de partenariat entre la Branche Famille et la Branche Maladie est signée. La collaboration visant à l'adaptation du produit GRH entre les équipes opérationnelles de la Branche Maladie et de la Branche Famille est effective. Les développements sont en cours et les délais respectés à ce jour. La réflexion sur la structuration d'une Maîtrise d'Ouvrage Interbranche regroupant les trois branches Famille, Recouvrement et Maladie est en cours.*

**Observation de la mission :** *Compte tenu des enjeux, et des risques financiers sous jacents à l'option retenue, une revue de projet s'impose bien et dans un cadre inter branche bien sur.*

**Réponse de l'organisme :** ***Concernant ALINEA et ALIFORM****, en 2010, le taux d'utilisation de l'outil ALINEA par les organismes de la branche Maladie devrait s'élever à 80% (Cf. Recensement SNA, octobre 2009). Compte tenu du système d'interfaçage entre ALINEA et ALIFORM, on peut s'attendre à un taux d'équipement similaire à court/moyen terme (2011) de l'outil de gestion de la formation sur l'ensemble du réseau de l'Assurance Maladie. La CNAMTS n'a pas souhaité, dans un premier temps, imposer l'utilisation de ces nouveaux outils pour des raisons principalement économiques et humaines. En effet, dès 2005 (suite au protocole d'accord du 30 novembre 2004 relatif à la rémunération et à la classification des emplois), certains organismes avaient cherché à dématérialiser le processus d'évaluation en acquérant, pour les plus importants notamment, des produits du marché. Des investissements avaient donc été réalisés qu'il paraissait difficile de remettre en cause à court terme. Sur le plan humain, il paraissait également difficile de demander aux personnels de s'adapter à de nouveaux outils alors qu'ils venaient à peine de finir de maîtriser ceux précédemment acquis. En cohérence, le parti pris a été de ne garantir les interfaces entre les différents modules du SIRH qu'avec les seuls outils retenus au plan national ; l'objectif restant de faire converger l'ensemble des organismes de l'Assurance maladie vers des outils RH communs, ce qui devrait être réalisé au terme du déploiement de GRH. Par ailleurs, la collaboration amorcée avec la branche Famille a déjà conduit à l'adoption par cette dernière de l'outil ALINEA.*

**Observation de la mission :** *vu.*

**Recommandation n°16 : Effectuer une revue de projet de la migration vers le logiciel de la CNAF compte tenu des enjeux en termes de compétences informatiques que le projet comporte et tendre vers une unité des outils de pilotage RH à la disposition des caisses.**

### *2.2. La politique nationale de gestion du risque devra être confortée dans un cadre contractuel nouveau*

[270] La loi du 21 juillet a profondément modifié le cadre de contractualisation entre l'Etat et les régimes d'assurance maladie. La mission s'est appliquée à examiner l'impact de la loi sur les modalités de contractualisation avant de tracer des scénarios permettant une bonne articulation des différents instruments.

[271] La loi du 21 juillet 2009 a créé un certain nombre de contrats nouveaux dont certains ont un impact sur les outils contractuels en vigueur, qu'ils lient l'Etat et la CNAMTS, ou la CNAMTS et ses organismes territoriaux. Le nombre de contrats prévus par la loi est important :

– au niveau national : un contrat entre l'Etat et l'UNCAM et des conventions entre l'Etat et chacun des régimes (COG) ;

– entre les niveaux national et régional : deux lignes de contrats pour la mise en œuvre des objectifs nationaux. L'Etat contractualise des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les ARS, tandis que la CNAMTS contractualise des contrats pluriannuels de gestion (CPG) avec tous ses organismes et services territoriaux ;

– au niveau territorial, deux lignes de contrat en « poupée russe » : les CPG doivent intégrer les actions complémentaires de gestion du risque arrêtées après concertation entre l'ARS et le représentant de chacun des trois grands régimes d'assurance maladie ; ces actions régionales et les actions nationales constituent le programme régional pluriannuel de gestion du risque, partie du projet régional de santé que l'ARS arrête puis met en œuvre par contractualisation avec les organismes et services d'assurance maladie.

#### **2.2.1. Au niveau national, l'Etat et l'assurance maladie contractualiseront à deux niveaux qui devront être articulés**

[272] La loi instaure un contrat entre l'Etat et l'UNCAM (L. 182-2-1-1 CSS). Ce contrat déterminera des objectifs pluriannuels d'actions communs aux trois régimes (RG, MSA, RSI) et définira des actions mises en œuvre à cet effet. Les programmes nationaux de gestion du risque seront élaborés conformément aux objectifs du contrat Etat-UNCAM. Le champ de ce contrat est limité à :

– la prévention et l'information des assurés ;
– l'évolution des pratiques professionnelles ;
– l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé ;

Schéma 1 : Article 117 de la loi du 21 juillet 2009 (contrat entre l'Etat et l'UNCAM)

« Art.L. 182-2-1-1.-I. — Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'Etat conclut avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie un contrat qui détermine les objectifs pluriannuels de gestion du risque communs aux trois régimes membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie visant à promouvoir des actions relatives à la prévention et l'information des assurés, ainsi qu'à l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé, de manière à favoriser la qualité et l'efficacité des soins.

« Le contrat d'objectifs définit les actions mises en œuvre à ces fins par chacun des signataires. Les programmes nationaux de gestion du risque sont élaborés conformément aux objectifs définis par le contrat d'objectifs.

«Il détermine également les conditions :

« 1° De la conclusion d'avenants en cours d'exécution de ce contrat, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale ;

« 2° De l'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

[273] La mise en œuvre de cette disposition soulève une série de questions relatives au champ du contrat et à la définition de la notion de programme national de gestion du risque.

- *Si les contrôles ne figurent pas a priori dans le champ du contrat Etat-UNCAM, les dispositions relatives aux ARS présentent en ce domaine une ambiguïté qu'il convient de clarifier*

[274] Si l'on se réfère au périmètre de la COG actuelle, trois thèmes de responsabilité de l'assurance maladie ne figurent pas explicitement dans le périmètre du contrat UNCAM. Il s'agit des thèmes relatifs à la lutte contre la précarité en matière de santé et les inégalités en matière de santé, au périmètre de prise en charge de la tarification, et, surtout, aux contrôles et à la lutte contre la fraude.

[275] Concernant la question des contrôles, les dispositions relatives aux compétences des agences régionales de santé introduisent en effet une ambiguïté supplémentaire.

[276] Les misions des ARS sont définies par l'article L 1431-2 du CSP. Le 2° de cet article dispose que les ARS ont comme missions de « *réguler, orienter et organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé*. » A ce titre, le g) du même article précise que : « *Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-14 [i.e. le programme pluriannuel régional de gestion du risque], elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux* ».

[277] Or, la politique de contrôle est aujourd'hui contractualisée entre l'Etat et la CNAMTS dans le cadre de la COG. Celle-ci prévoit en effet l'existence d'un plan annuel de contrôle, dont les conditions de suivi sont également précisées par la COG.

[278] Il existe donc un double problème :

- dans l'ambiguïté des textes, un conflit potentiel de compétences entre les ARS et les organismes de sécurité sociale ;
- une question de vecteur juridique : les axes de contrôle en ce domaine doivent-ils résulter i) au plan national, du contrat Etat-UNCAM ou de la COG, ii) au plan de la déclinaison locale, du programme régional pluri-annuel de gestion du risque ou des seuls CPG ?

[279] Les choix retenus en matière d'articulation entre le contrat Etat-UNCAM et la COG Etat-CNAMTS seront déterminants en l'espèce. La présente mission d'évaluation de la COG, comme la précédente considère que **sans précision des compétences entre l'Etat et l'assurance maladie, les engagements risquent de demeurer formels et sans effet opérationnel**. Il convient de valider par une concertation Etat / Assurance maladie la répartition des rôles, ce qui n'a été fait ni pour la COG 2006-2009, ni pour les précédentes.

**Recommandation n°17 : Veiller à préciser dans le contrat UNCAM les compétences respectives de l'Etat, des ARS et des organismes d'assurance maladie dans la définition des actions de gestion du risque, en particulier en matière de contrôle et de lutte conte la fraude**

- *La notion de programme national de gestion du risque n'est pas définie.*

[280] L'absence de définition de ce qu'est un programme national pose une difficulté. La loi du 21 juillet donne compétence à l'UNCAM pour déterminer en accord avec l'Etat mais dans des thèmes précisés par l'article L 182-2-1-1, les actions nationales de gestion du risque qui seront ensuite déclinées en programme national.

[281] Après avoir examiné les actions menées dans le cadre de la COG en cours d'achèvement, la mission distingue deux catégories de programme national :

- la catégorie des programmes qui ne souffrent aucune adaptation. Ces programmes reposent sur des référentiels nationaux (voire internationaux). Ce sont toutes les actions de maîtrise médicalisée fondées sur des référentiels HAS. Ce type d'action ne doit pas faire l'objet d'adaptations ni en terme de conception, d'outils voire de conditions de mises en œuvre. Ces programmes qui concernent les pratiques médicales peuvent être mis à mal par des initiatives locales. Ces actions doivent s'articuler avec les programmes de la HAS dans le domaine de l'évaluation des pratiques médicales ;
- la catégorie des programmes nationaux adaptables localement. Ces programmes recouvrent des actions qui, conçues au niveau national ou au niveau local puis validées par la CNAMTS peuvent faire l'objet de compléments voire d'adaptations territoriales. Un exemple peut être donné, celui des programmes de contrôles et de lutte contre la fraude qui comprennent un volet national et un volet loco régional ; de même, tous les programmes de contrôles sur ciblage relèvent de cette catégorie. La CNAMTS donne une méthode qui est appliquée localement avec des compléments ou des adaptations possibles.

**Réponse de l'organisme :** *La mission estime que trois thèmes de responsabilité de l'assurance maladie ne figurent pas explicitement dans le périmètre du contrat UNCAM : la lutte contre la précarité et les inégalités en matière de santé, le périmètre de prise en charge de la tarification et les contrôles et la lutte contre la fraude. Elle recommande de préciser dans le contrat UNCAM les compétences respectives de l'Etat, des ARS et des organismes d'assurance maladie dans la définition des actions de gestion du risque, en particulier en matière de contrôle et de lutte contre la fraude. Cette interprétation des dispositions de la loi HPST effectuée par la mission, pour le moins extensive, est également erronée. En effet, le rapport IGAS relève qu'il y aurait des zones d'intersections susceptibles d'inférer des turbulences en matière de contrôles et de lutte contre la fraude entre quatre types de contrats mis en place par loi pour organiser les relations de l'Etat, de l'UNCAM, de la CNAMTS, des ARS ainsi que des organismes locaux et régionaux de l'Assurance Maladie. Il s'agit : -du contrat Etat-UNCAM, -de la COG Etat-CNAMTS, sachant que la CNAMTS est partie de l'UNCAM, -Des CPOM Etat-ARS, -Des CPG CNAMTS-organismes locaux et régionaux de l'Assurance Maladie. Ces zones d'intersections apparaissent moins évidentes si l'on précise les contenus, d'une part, du contrat Etat-UNCAM, et d'autre part, de la notion de contrôle. Les rapporteurs de l'IGAS soulignent eux-mêmes que l'article 117 de la loi du 21.07.09 n'inclut pas les champs de contrôles et de la lutte contre la fraude au sein des engagements du contrat Etat-UNCAM dont les thèmes sont exclusivement définis en matière de gestion des risques :-actions visant à promouvoir des actions relatives à la prévention et à l'information des assurés, -évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé, de manière à favoriser la qualité et l'efficacité des soins. Ces thèmes ne recouvrent aucunement des activités de contrôle qui, exclues du contrat Etat-UNCAM, feront l'objet d'engagements réciproques entre l'Etat et la CNAMTS au sein de la COG. Par ailleurs, la polysémie du terme de contrôle peut être l'objet d'imprécisions lorsque la nature du contrôle évoqué n'est pas précisée. Ainsi, les missions de contrôle assurées par les structures de l'Etat portent-elles notamment sur le contrôle de la sécurité sanitaire ou de la conformité des structures, ou encore sur la qualité de la prise en charge des établissements médico-sociaux. Les missions de contrôle assurées par l'Assurance Maladie portent, par exemple, sur la régularité des facturations. Dans le cadre de la loi HPST, dont l'objet même porte sur les missions définies dans le cadre du code de la santé publique, les missions de contrôle allouées aux ARS portent ainsi logiquement sur les contrôles de la sécurité sanitaire, les contrôles techniques, les contrôles de la qualité, du respect de l'observance des règles d'hygiène, de secret professionnel, d'accès à des informations ou au dossier médical et enfin des contrôles concernant l'organisation de certaines professions de santé et la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions. Les missions de contrôle dévolues aux organismes de sécurité sociale par le code de la sécurité sociale restent quant à elles inchangées.*

**Observation de la mission :** *la réponse de la Caisse montre d'elle-même les zones de complexité introduites par la loi HPST en termes de niveaux de contractualisation. Pour ce qui est du contrôle, le choix proposé d'en développer les objectifs, et indicateurs de réalisation dans la COG qui lie l'Etat et la CNAMTS parait une excellent solution.*

**Recommandation n°18 : Veiller à définir dans le contrat UNCAM les deux catégories de programmes nationaux : ceux qui sont d'application directe et ceux qui peuvent faire l'objet d'adaptations locales**

[282] Cette distinction permet de définir les actions qui suivront comme aujourd'hui la ligne des CPG et celles qui devront faire l'objet d'une inclusion dans les actions régionales complémentaires tenant compte des spécificités locales, arrêtées par l'ARS après concertation avec les organismes d'assurance maladie de la région.

**Réponse de l'organisme :** *L'article L 1434-14 du code de la santé publique, issu de la loi HPST, précise que le CPG devrait à la fois décliner les programmes nationaux et le programme pluriannuel régional. Ce point a été précisé par le projet de décret d'application. De manière très pragmatique, il convient de retenir qu'en matière de calendrier les thèmes ou actions, les indicateurs et objectifs des CPG doivent être déterminés au plus tard au mois de mai compte tenu de la négociation du protocole d'intéressement ou de ses avenants. En conséquence, passé cette date, des actions complémentaires pourront faire l'objet d'un avenant pour compléter le CPG mais n'auront pas d'incidence sur le système d'intéressement.*

**Observation de la mission :** *Cette proposition de calendrier est effectivement raisonnable et nécessaire pour permettre la continuité des actions engagées par les organismes de l'assurance maladie, et l'intégration sans retard des thèmes d'initiative régionale.*

**Recommandation n°19 : Prévoir dans la COG un engagement de l'Etat à mobiliser la HAS sur les demandes de référentiels formulées par la CNAMTS**

### 2.2.2. Au niveau territorial, les ARS sont chargées de la mise en œuvre des actions de gestion du risque par voie de contrat avec les organismes d'assurance maladie

[283] La création des ARS change notablement le pilotage du réseau des caisses par la CNAMTS dans le domaine de la gestion du risque.

- *Le projet régional de santé qui inclut le programme régional de gestion du risque est arrêté par le directeur de l'ARS*

[284] L'article L 1434-1 du code de la santé publique (CSP) précise que « *le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre* ». « *Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.* »

[285] Le projet régional de santé (PRS) « intègre » un programme pluriannuel régional de gestion du risque défini à l'article L. 1434-14 CSP. Or, « *le programme pluriannuel régional de gestion du risque comprend, outre les actions nationales définies par le contrat prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale [contrat Etat-UNCAM], des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales*. » « *Ces actions régionales complémentaires spécifiques sont élaborées et arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, après concertation avec le représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires*. »

[286] Le point de jonction entre les PRS et le contrat Etat-UNCAM concerne donc la mise en œuvre des programmes nationaux (issus des recommandations de la HAS, qui s'imposeront à l'ARS, ou adaptables localement Cf. *supra*).

- *Les CPG incluront en matière de gestion du risque les programmes nationaux et les programmes régionaux*

[287] Les caisses mettent en œuvre les actions nationales via les CPG.. Elles peuvent aussi conduire des actions locales (action en région Centre sur les antibiotiques, complémentaire aux programmes nationaux ; action en région Rhône- Alpes sur les IJ comportant des actions vers les entreprises, pour ne prendre que quelques exemples relevés par la mission).

[288] L'article L. 1434-14 CSP dispose : « *le projet régional de santé fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'agence régionale de santé et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie* ». Les CPG « *déclinent, pour chaque organisme concerné, outre les programmes nationaux de gestion du risque, le programme pluriannuel régional de gestion du risque* ».

[289] Cet article modifie donc la procédure de contractualisation des CPG **qui devront à la fois décliner les programmes nationaux et décliner le programme pluriannuel régional**.

[290] Le risque est donc de combiner une contractualisation descendante sans dialogue de gestion (modèle actuel CNAMTS / réseau) à une contractualisation remontante (ARS / réseau d'assurance maladie), dont les conditions concrètes (calendrier, procédures, arbitrages) ne sont à ce stade pas déterminées et seront, au moins initialement, largement fonction du jeu des acteurs locaux.

### 2.2.3. Deux scénarios sont envisageables

[291] La bonne mise en œuvre de la loi du 21 juillet 2009 dépendra des choix, notamment en matière de calendrier, qui seront opérés:

– pour le **cadre national de contractualisation** entre l'Etat et la CNAMTS.

– pour le **cadre territorial**. Les CPG assument avec la loi du 21 juillet un double rôle : décliner les priorités nationales de la CNAMTS (en tous domaines) et décliner les priorités régionales arrêtées par l'ARS (en matière de gestion du risque). En conséquence, l'outil de pilotage de la CNAMTS devient d'une certaine manière un outil partagé avec les ARS, ce qui requiert qu'une grande précision soit apportée aux modes coopératifs et contractuels.

[292] L'existence de deux niveaux de contractualisation avec les mêmes acteurs[44] pose une série de questions. La première concerne l'articulation des négociations et leur enjeu respectif. La seconde est celle de l'opérationnalité du dispositif. L'enchaînement de deux contrats coordonnés entre eux sur la gestion du risque présente le danger de retarder à l'excès la négociation des moyens, qui reste le fondement des COG.

#### 2.2.3.1. Un premier scénario consiste à consacrer le monopole du contrat Etat-UNCAM en matière de gestion du risque

[293] **Ce premier scénario** consisterait à distinguer nettement les rôles joués par chaque outil.

[294] Il s'agirait de négocier au niveau du contrat Etat-UNCAM les objectifs (des actions nationales et des actions régionales complémentaires) et les effectifs affectés à la gestion du risque (praticiens conseils et administratifs) pour chacun des trois grands régimes. La COG Etat-CNAMTS traduirait cette négociation dans les moyens de fonctionnement attribués à la branche maladie du régime général mais ne comprendrait plus alors aucun engagement relatif à la gestion du risque.

[44] Si les conseils sont différents, le DG de l'UNCAM est par définition DG de la CNAMTS.

Schéma 2 : **Scénario 1 d'articulation du contrat Etat-UNCAM et COG**

***Avantages*** :

- une gestion inter-régimes de la gestion du risque s'affirme et se négocie de façon globale, y compris sur les effectifs dans les trois régimes pour l'année de création des ARS. ;
- c'est un moyen radical de recentrer la COG sur des objectifs opérationnels et sur son fondement historique, à savoir la performance de gestion de la branche sur le service des prestations ;
- la dissociation permet de négocier les COG sans délais, c'est à dire sans attendre la conclusion du contrat entre l'Etat et l'UNCAM. Sachant que le poids des effectifs affectés à la gestion du risque représente moins de 10% du total des emplois, cette option a le mérite de sécuriser la gestion de la performance de la branche sur son cœur de métier : la gestion des prestations.

***Inconvénients*** :

- il est délicat de dissocier les actions relatives à la gestion du risque et celles relatives à la gestion des autres missions de la branche qui sont portées par une même structure dans les trois régimes. En particulier, le développement des actions de gestion du risque est financé par redéploiements des moyens de la gestion des prestations : ce redéploiement peut devenir plus difficile à négocier en cas de dissociation (risque d'assèchement des moyens de la gestion du risque) ;
- s'il y a bien une structure nationale inter-régime, l'UNCAM, cette dernière n'a pas de compétences ni de moyens de gestion : difficulté pour l'Etat à négocier les moyens affectés avec trois partenaires (RG, MSA, RSI).

2.2.3.2. Un deuxième scénario consiste à distinguer niveaux stratégique et opérationnel.

[295] Le contrat Etat-UNCAM serait dans cette hypothèse un texte de portée stratégique dont les orientations seraient déclinées dans les COG qui ne porteraient que les objectifs opérationnels, assortis de la définition des moyens en effectifs et budgets.

Schéma 3 : Scénario 2 d'articulation du contrat Etat-UNCAM et COG

***Avantages***

- les moyens sont négociés globalement au regard de l'ensemble des actions de la caisse nationale ;
- les gains de productivité sont négociés en tenant compte du redéploiement d'effectifs vers les missions de gestion du risque ;
- gestion du risque et gestion des autres missions de la branche sont unifiées au sein d'un même document.

***Inconvénient*** :

- les délais : il faut négocier en parallèle le contrat UNCAM et les COG ;
- la complexité et le manque de lisibilité du dispositif contractuel pour les acteurs nationaux et locaux
- le risque de créer deux instruments contractuels redondants et mal articulés.

#### 2.2.3.3. La complexité de la contractualisation pose des difficultés de calendrier

[296] Le calendrier de la négociation doit être précisé. En effet, le précédent de la négociation de la COG actuelle qui a duré deux années risque de se renouveler. Sachant que deux contrats doivent être négociés, l'un étant hiérarchiquement supérieur à l'autre, il est à craindre une durée du même ordre soit deux ans.

**Recommandation n°20 : Quel que soit le scénario retenu, négocier en même temps le contrat UNCAM et la COG de la CNAMTS.**

[297] **Au plan national**, si les COG doivent décliner les actions nationales définies dans le contrat UNCAM, elles sont automatiquement postérieures à ce dernier. La recommandation de négocier en parallèle les deux contrats permet de gagner du temps en terme de délais mais n'exclut pas qu'en cas de difficultés à conclure le contrat UNCAM, la signature des COG soit différée. Ce report poserait problème pour la négociation des moyens budgétaires pluriannuels.

[298] Pour remédier à ce risque potentiel, il serait possible d'envisager une négociation en parallèle et, en cas de difficultés, une dissociation des outils. La COG serait négociée sur les aspects de la qualité de service et des moyens pluriannuels hors actions de gestion du risque, lequel domaine ferait l'objet d'un avenant à la COG une fois signé le contrat en entre l'Etat et l'UNCAM. La situation calendaire particulière de la CCMSA (échéance de la COG en 2010) et du RSI (échéance en 2011) devra être prise en compte.

[299] **Au plan local**, le bouclage dans les CPG du programme pluriannuel régional de gestion du risque, qui comprend la déclinaison des actions nationales et les actions complémentaires, demande une adaptation pendant la phase transitoire de montée en charge des ARS.

[300] Comme le programme de gestion du risque est intégré dans le projet régional de santé, un délai de préparation de ce projet pour les actions des ARS sera nécessaire. Il faudra alors définir les modalités opérationnelles permettant au dispositif contractuel de continuer à fonctionner normalement, notamment sur la partie relative aux autres missions et moyens des organismes.

- Une première solution est de dissocier le programme pluriannuel régional de gestion du risque et le projet régional de santé.

[301] Les deux programmes et projet seraient en ce cas préparés en parallèle mais, dès le programme pluriannuel régional de gestion du risque prêt, il serait mis en œuvre dans les CPG sans attendre formellement l'adoption du projet régional de santé. Le programme de gestion du risque appelle une concertation avec le représentant des régimes d'assurance maladie dans la région, formalité plus simple que l'adoption du projet régional de santé. Par ailleurs les CPG déclinent les objectifs de productivité et de service et la gestion du risque. Sans CPG, il n'y a plus de pilotage du réseau par la caisse nationale.

- S'il fallait du temps pour caler l'ensemble des actions régionales, il serait possible d'envisager un scénario dégradé.

[302] Pendant une phase transitoire, les CPG ne déclineraient que les objectifs de productivité et de service ainsi que les programmes nationaux de gestion du risque. Par avenant, les CPG intégreraient le volet régional de gestion du risque dès qu'il aura été arrêté par l'ARS.

### *2.3. La création des agences régionales de santé oblige à repenser l'organisation territoriale de l'assurance maladie*

[303] Les choix d'organisation de la branche maladie ne facilitent pas la mise en œuvre des actions de gestion du risque (cf. supra point 1.4.3.) La question de l'articulation entre le niveau géographique et les compétences médicales et administratives se pose de nouveau avec la création des agences régionales de santé (ARS).

[304] Si les URCAM et les services de l'assurance maladie des CRAM (à l'exception du service social et de l'appareillage) sont intégrés dans les ARS, seuls les services chargés de la prévention et de l'organisation des soins des DRSM y seront intégrés. Les CPAM d'une part et les DRSM d'autre part, constitueront le réseau territorial de l'assurance maladie. Dans cette configuration la responsabilité de conduire les actions de gestion du risque reste partagée entre la DRSM qui mutualise au niveau régional les compétences médicales et les CPAM qui détiennent les compétences administratives.

[305] Se pose en outre la question du positionnement des DAM : les investigations montrent que ce dispositif se heurte à certaines difficultés dont la résolution nécessite une réflexion approfondie.

[306] Au bilan, le dispositif actuel, par ses multiples coordinations, manque de simplicité et d'efficience. Deux options sont ouvertes :

- celle de donner aux DRSM la responsabilité de la conduite des programmes de gestion du risque et d'y rattacher fonctionnellement les DAM ; cette formule a le mérite de donner la compétence à un service déconcentré de la CNAMTS et d'afficher encore plus nettement le caractère médicalisé de ces actions d'accompagnement et de contrôle. Elle présente l'inconvénient de réduire le rôle des CPAM en matière de gestion du risque ce qui suscitera de fortes réticences dans le réseau.
- celle de poursuivre dans la voie de coordinations entre organismes ; un des directeurs de CPAM ou de DRSM serait nommé représentant des organismes et services au sens de la loi du 21 juillet ; cette formule serait plus facile à mettre en œuvre parce qu'elle est le prolongement des choix déjà opérés sur la coordination de la gestion du risque, et qui comporte les inconvénients soulevés par la mission.

**Recommandation n°21 : La mission juge que l'approfondissement de la gestion du risque permet et justifie d'envisager un rattachement fonctionnel des DAM au DRSM et de positionner celui-ci comme responsable de la gestion du risque pour la branche au niveau régional**

[307] Les actions régionales complémentaires de gestion du risque seront **concertées** par l'ARS avec le « ***représentant au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie*** **»** ce qui laisse entendre qu'une fonction de directeur coordonnateur du risque serait consolidée dans chaque région et chacun des trois régimes. Mais la loi précise que le projet régional de santé qui intègre le programme pluriannuel régional de gestion du risque qui recouvre les actions nationales et les actions régionales est **contractualisé** avec « **les directeurs des organismes** » (les caisses) et « **services d'assurance maladie** » (les directions régionales du service médical qui sont des services déconcentrés de la CNAMTS.

[308] Il y a donc :

- dans un cas (conception des actions de gestion du risque), décision unilatérale de l'ARS après concertation avec un représentant du régime ;
- dans l'autre (mise en œuvre du PRS), contrat entre l'ARS et chaque organisme et service du régime (soit : CPAM et DRSM pour le régime général).

[309] La concertation sur les actions régionales complémentaires concerne la conception du programme. La mise en œuvre en revanche passe par une contractualisation entre chaque organisme et l'ARS. Le poids voire le crédit du représentant en charge de la conception risque d'être amoindri par les négociations bilatérales possibles entre les ARS et les Caisses / DRSM. Dans l'esprit qui a présidé à la recommandation précédente, la mission juge nécessaire que le représentant en charge du dialogue avec l'ARS en matière de gestion du risque soit clairement identifié.

**Recommandation n°22 : Lever les ambiguïtés sur les pouvoirs respectifs i) du représentant en charge de la définition des actions régionales et ii) des caisses ou services de l'assurance maladie en charge de la mise en œuvre du projet régional de santé par contrat avec l'ARS.**

Agnès JEANNET Thierry BRETON

Philippe LAFFON Dr Sylvain PICARD

# Observations du directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

**(Les observations détaillées ont été intégrées dans le rapport)**

SÉCURITÉ SOCIALE

**L'Assurance Maladie**

**Caisse Nationale**

**Le Directeur Général**

Inspection Générale
Des Affaires Sociales
- 8 MARS 2010
N° 158

**Monsieur Pierre BOISSIER**
Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

39-43 quai André Citroën
75 739 PARIS CEDEX 15

Date : 4 MAR. 2010

Vos Réf : RM2009-133 P
Nos Réf : DIR/CABDIR-D-2010-1191

Monsieur,

Vous avez bien voulu m'adresser le rapport provisoire relatif au bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 signée entre l'Etat et la CNAMTS et aux recommandations pour la future convention réalisé par Mme Agnès Jeannet et Messieurs Thierry Breton, Philippe Laffon et le Dr Sylvain Picard, membres de l'IGAS.

Vous voudrez bien trouver ci-après les observations de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés concernant ce rapport.

Il convient en premier lieu de souligner **l'appréciation positive portée par la mission de l'Inspection Générale des Affaires Sociales sur l'action menée par l'Assurance Maladie au cours des années 2006-2009** tant en termes de gestion du risque santé qu'en termes d'amélioration de la qualité du service rendu aux assurés et d'amélioration de l'efficience de la branche.

La période de la COG 2006-2009 a, en effet, été marquée par un investissement marqué dans le développement de nouvelles missions de régulation et de gestion du risque, par une consolidation et un enrichissement du service rendu aux assurés, dans un contexte de réduction d'effectifs marqué.

A cet égard les engagements déterminés par la COG en matière d'efficience de la branche ont été dépassés, l'Assurance Maladie abordant la nouvelle COG dans une situation de productivité marquée et de maîtrise forte de ses coûts de gestion.

De façon générale, l'Assurance Maladie ne peut que souligner le caractère approfondi des investigations menées par la mission. Toutefois, certaines observations ou recommandations de la mission nécessitent soit d'être discutées, soit d'être précisées.

***

Concernant la politique de **gestion du risque**, la mission IGAS, si elle délivre un satisfecit sur les évolutions et les réalisations mises en œuvre au cours des dernières années, observant « *une rénovation de la politique de gestion du risque et la création d'une dynamique qu'il conviendra de conforter* », n'a consacré qu'une partie limitée de ses analyses à cette mission essentielle de la branche.

**Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés**
50, avenue du Professeur André Lemierre - 75986 Paris Cedex 20
Tél. : 01 72 60 10 00 - Fax : 01 72 60 10 10 - www.ameli.fr

Sur ce champ, la mission propose le **rattachement des délégués de l'assurance maladie** aux directions régionales du service médical au motif de la nécessité d'une compétence médicale pour assurer le management des délégués.

**Une telle organisation n'apparaît pas nécessaire ni souhaitable à l'Assurance maladie**. En effet, le management des délégués de l'assurance maladie, qui ne fait pas intervenir la seule compétence médicale doit être assuré dans le cadre de la mission dévolue aux caisses en matière de relations avec les professionnels de santé. Le maintien des DAM dans les CPAM permet tout à fait, comme c'est déjà le cas, l'intervention d'une compétence issue des DRSM pour assurer le management du volet médical de leur activité, qui sera d'ailleurs renforcé sur la période à venir. Enfin, il faut souligner l'impact très défavorable sur la mobilisation des caisses en matière de maîtrise médicalisée qu'aurait un tel rattachement, alors même que c'est la mobilisation de l'ensemble de son réseau qui a permis à l'assurance maladie de mener une action efficace en matière de maîtrise médicalisée des dépenses.

Cette problématique de travail commun entre les caisses primaires et le service médical dépasse d'ailleurs largement la question des délégués. Elle se pose aussi par exemple dans le domaine de la gestion des arrêts de travail, des ALD ou des ententes préalables, mais aussi dans le développement de services en santé tels Sophia. Ainsi, le rapprochement des services administratifs et médicaux notamment à travers la redéfinition de processus communs et partagés apparaît comme le plus efficace et le mieux à même de prendre en compte l'ensemble des problématiques médico-administratives.

***

S'agissant de la **qualité de service**, la mission souligne à juste titre l'amélioration globale engrangée et la proximité des résultats obtenus avec les objectifs fixés. Le développement des services en lignes, relevé par la mission, constitue un axe de développement qui devra indéniablement être poursuivi au cours de la période à venir.

***

La mission souligne à juste titre que, « *s'agissant de son efficience globale, la branche maladie du régime général obtient des résultats significatifs* » et supérieurs aux résultats attendus. Elle estime toutefois que le pilotage de la réduction des écarts de productivité entre caisses pourrait être plus structuré. Elle formule des hypothèses ambitieuses de gains de productivité pour la branche.

Bien que la CNAMTS partage **l'objectif de réduction des écarts entre caisses,** elle ne partage pas l'appréciation de la mission quant au rythme auquel une telle réduction pourra être obtenue.

Elle ne partage pas, en premier lieu, l'évaluation que fait la mission de **l'objectif de productivité à long terme**. En effet, l'addition effectuée par la mission entre sources de productivité conduit à des **doubles comptes**.

Ainsi, les gains liés à l'accroissement de la dématérialisation ne peuvent être cumulés comme le fait la mission avec les gains que permettrait l'alignement des caisses les moins productives sur les caisses les plus productives. En effet, les différences entre caisses dans le taux de prestations gérées de façon dématérialisée constituent l'un des facteurs explicatifs mêmes de ces différences de productivité. Une telle estimation repose donc sur des doubles comptes.

La mission estime tout d'abord le potentiel de gain de productivité sur la période de la prochaine COG par **alignement sur la productivité des caisses les plus performantes.** Une telle analyse doit être accompagnée de réelles **précautions**.

En effet, dès lors que l'ensemble du réseau poursuit un **objectif global d'accroissement de l'efficience de sa gestion**, **les efforts des caisses les moins productives ne suffisent pas à les rapprocher des plus productives**, alors même que les premières se sont déjà vu imposer des taux de remplacement des départs en retraite extrêmement faibles (remplacement d'un départ à la retraite

sur 10) et qu'elles doivent parallèlement assurer un redéploiement entre métiers traditionnels et métiers nouveaux.

Il apparaît également essentiel de **ne pas pénaliser les organismes les plus productifs** dans un objectif de convergence. Ainsi, l'option du transfert d'activité entre organismes dans le cadre de mutualisations ne peut être envisagé qu'avec précaution car de tels transferts apparaîtraient vite comme pénalisants pour les organismes les plus productifs, limitant leur engagement si les efforts qui leur seront demandés ne peuvent être légitimés.

L'analyse doit aussi tenir compte des **facteurs exogènes** qui influent sur la productivité des caisses. Ainsi, la mobilité de la population française, qui conduit dans plusieurs régions à la diminution du nombre de bénéficiaires, nécessite en termes de ressources un délai d'adaptation qui dépasse le seul court terme.

L'analyse doit par ailleurs tenir compte des leviers dont disposent les caisses. L'efficacité de l'utilisation du **taux de remplacement** (levier déjà fortement mobilisé au cours de la période récente) est naturellement fonction de l'ampleur des départs à la retraite. Ces départs doivent s'apprécier organisme par organisme, l'ampleur des départs prévisibles n'étant pas corrélée aux gains de productivité à réaliser. De ce fait, l'analyse de la mission comporte un biais important.

En outre, la mission pose des options fortes sur les économies d'échelles attendues d'une **réorganisation régionale de la production**. Or, il n'y a **pas d'éléments probants** aujourd'hui permettant d'établir une efficience accrue d'organisations de type « ateliers régionaux de production ». Si la démarche de mutualisation doit être poursuivie, il est en revanche essentiel de ne pas développer de déséconomies d'échelle ni de détérioration de la qualité de service.

Les analyses de la mission reposent également sur **une hypothèse ambitieuse de maintien du rythme actuel des gains de productivité**. Or ce raisonnement ne tient pas compte de l'ampleur des gains d'efficience déjà réalisés : compte tenu des résultats déjà atteints, les gains ultérieurs seront nettement plus difficiles à obtenir (le taux global de télétransmission s'élevant désormais à 85%). Nombre d'organismes se trouvent aujourd'hui en situation de tension, tant au niveau de la production que de la relation avec les assurés, compte tenu des redéploiements qu'ils ont déjà dû effectuer.

Enfin, on rappellera que ces gains potentiels ont fait l'objet d'une **estimation « toutes choses égales par ailleurs »**, c'est-à-dire **hors missions nouvelles ou nouvelles contraintes réglementaires**. Or, les besoins en termes de redéploiement sur la prochaine COG restent à identifier, étayer et négocier dans le cadre de la préparation de la convention. A titre d'exemple, la mise en œuvre des nouvelles règles de gestion des droits des assurés a conduit sur la période récente à la mobilisation de 400 ETP supplémentaires dans les caisses. Au-delà de ces charges nouvelles, la prévision dans le cadre de la mise en place des ARS de 310 nouveaux postes réduira naturellement d'autant les gains de productivité exigibles.

La mission a plus précisément analysé deux processus susceptibles de générer des gains de productivité : la télétransmission des feuilles de soins et la dématérialisation dans le cadre de la DSIJ.

La CNAMTS estime que l'évaluation d'un gain de 3 800 ETP qui découlerait de l'atteinte d'un taux de 95% pour la **dématérialisation des feuilles de soins** constitue une **hypothèse très ambitieuse**.

En effet, il faut rappeler que les différences de pratiques entre professionnels de santé (par exemple du fait d'un exercice au domicile du patient) ne permettront pas, à court terme à tout le moins, d'homogénéiser le taux de télétransmission de l'ensemble des professions.

Surtout, l'augmentation du taux de télétransmission nécessitera, pour ces professionnels, une phase d'équipement et d'adaptation qui ne permettra pas d'engranger de façon immédiate les gains de productivité attendus mais induira une montée en charge progressive. A cet égard, on rappellera que plusieurs dizaines de milliers de professionnels de santé ne sont pas, à ce jour, équipés pour la télétransmission.

Concernant les gains attendus de la **dématérialisation dans le cadre de la DSIJ**, la CNAMTS souligne que **les analyses** effectuées par la mission **sur le traitement des feuilles de soins ne peuvent être directement transposées au traitement des arrêts de travail**.

En effet, la mise en place de la DSIJ n'exonèrera pas du traitement des avis d'arrêts de travail et de la vérification des conditions réglementaires de l'arrêt. Même après dématérialisation, les tâches mises en œuvre dans le traitement des arrêts de travail resteront substantiellement plus conséquentes que pour le traitement des feuilles de soins. Des gains aussi conséquents que ceux qu'a estimés la mission exigeraient d'importantes simplifications réglementaires.

En outre, la mission extrapole aux employeurs dans le cadre de la DSIJ le comportement des assurés et professionnels de santé dans le cadre de la transmission des feuilles de soins. Une telle hypothèse peut être clairement réfutée, dans la mesure où les employeurs ne disposent pas des mêmes incitations à la télétransmission. Pour souhaitable qu'il soit, le taux de télétransmission supposé par la mission en matière de DSIJ apparaît donc comme très ambitieux.

**Ainsi, l'ensemble de ces éléments devraient conduire à être plus précautionneux quant à la capacité de mobilisation à court et moyen terme des gains de productivité supposés. Les estimations de la mission apparaissent ainsi surestimées.**

***

Enfin, concernant les **systèmes d'information** (qui ont fait l'objet d'un traitement partiel par la mission IGAS), la mission IGAS porte un regard critique. Elle souligne notamment la répartition sur 9 sites de la production informatique et la localisation sur 17 sites de la direction déléguée aux systèmes d'information. Les marges de progrès restent certes importantes. La consolidation menée au cours des quatre dernières années en matière de gestion de la roadmap et de gestion des ressources ainsi que l'intensification de la charge de développement demandée à la fonction informatique ne doivent toutefois pas être sous-estimées. La consolidation des systèmes d'information représentera certes un enjeu important pour la branche au cours de la période de la prochaine COG.

***

En conclusion, au-delà de la qualité et de l'intérêt des échanges auxquels la mission de l'IGAS a donné lieu, les analyses des rapporteurs ont d'ores et déjà constitué une base de travail conséquente dans le cadre de la préparation de la prochaine COG. La prochaine convention d'objectif et de gestion sera l'occasion de renforcer et d'approfondir les politiques menées au cours des dernières années.

A l'appui de ces observations, vous trouverez en pièce jointe des observations plus détaillées en réponse au rapport.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

**Frédéric van ROEKEGHEM**

# Réponse de la mission aux observations du directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

Les réponses ont été intégrées à la suite de chaque paragraphe concerné du rapport. Néanmoins, quatre de ces observations nécessitent des développements particuliers mentionnés ci-dessous.

1.

Concernant la gestion du risque, la Caisse nationale regrette que la mission IGAS n'ait consacré qu'une « partie limitée de ses analyses à cette mission essentielle de la branche ». La mission souligne qu'elle a consacré une annexe entière (l'annexe n° 1) au développement des actions de gestion du risque sur la période 2006 -2009. Cette analyse porte sur la maîtrise médicalisée des dépenses, les contrôles et la lutte contre la fraude.

La Caisse nationale conteste le rattachement des délégués de l'assurance maladie aux directions régionales du service médical proposé par la mission IGAS. Les arguments présentés par la Caisse nationale sont de deux ordres : les délégués assurent des fonctions qui ne sont pas strictement médicales, la nécessité d'un travail en commun entre les fonctions administratives portées par les caisses primaires et les fonctions médicales portées par les directions régionales du service médical serait amoindrie par ce rattachement. La mission, tout en reconnaissant que « la redéfinition de processus communs et partagés » entre les caisses primaires et le service médical constitue dans l'immédiat une voie de progrès, maintient que le pilotage des délégués devrait relever à terme du service médical dès lors que leur mission contribue bien à la finalité poursuivie par la Caisse nationale, celle de modifier les comportement de prescription des professionnels de santé ; leur action marginalement administrative constitue un des leviers aux côtés des actions qui sont strictement réservées aux praticiens (les échanges confraternels). L'unification du pilotage dans une seule main celle du service médical parait gage d'efficacité et éviterait les difficultés de coordination constatées par la mission.

2.

La mission ne partage pas l'analyse de la caisse nationale sur les doubles comptes pouvant exister entre les gains de productivité résultant de la réduction des écarts de productivité et ceux provenant d'une progression de la dématérialisation. La CNAMTS estime que l'on ne peut pas les additionner, l'augmentation du taux de FSE étant déjà comptabilisée dans la réduction des écarts de productivité. Cette dernière se traduirait automatiquement par une convergence vers les taux de dématérialisation les plus élevés et in fine par une amélioration du taux national de FSE.

Le taux de progression de la dématérialisation est effectivement un moyen pour améliorer la productivité globale. Mais le risque de doublons ne peut être que marginal. La mission a montré que la part des écarts de productivité qui s'observent au sein de chaque processus était très importante. En outre la corrélation entre taux de dématérialisation et productivité ne vaut que lorsque les leviers à disposition des caisses ont permis d'adapter l'organisation et les moyens que les caisses mobilisent pour traiter les feuilles de soins dans leurs différentes formes ; les taux de dématérialisation peuvent être bons et la productivité globale mauvaise. Enfin l'activité des caisses

ne se résument pas au traitement des feuilles de soins, même si celui-ci occupe une partie significative des moyens.

Il y a donc bien deux sources de gains de productivité : d'une part, à niveau de dématérialisation inchangé, une adaptation des organisations et des moyens pour obtenir un alignement sur les meilleures productivités globales pour un volume d'activité; d'autre part, une amélioration globale du niveau de dématérialisation et un report de l'activité vers les modes de traitement les plus productifs, sous réserve d'une adaptation de l'organisation et des moyens.

3.

La réduction des écarts de productivité n'est qu'un moyen pour continuer à améliorer la productivité globale de la branche. Elle n'est pas antinomique avec une progression globale de la productivité. Il s'agit avant toute chose de demander aux caisses les moins productives des efforts plus importants pour rejoindre les meilleures.

Concernant le taux de remplacement, la mission estime que, globalement, les départs à la retraite à venir permettront de maintenir le rythme de productivité constaté ces dernières années. Elle n'ignore pas que les situations des caisses peuvent être très différentes. Il serait possible de construire une trajectoire caisse par caisse si les perspectives de départs à la retraite étaient connues de la caisse nationale.

Compte tenu, d'une part des écarts de productivité considérables qui existent entre caisses, pourtant de tailles identiques, globalement ou processus par processus, et d'autre part des perspectives de départs à la retraite, la branche est tout à fait en mesure de reproduire l'effort qu'elle a réalisé jusque là. S'agissant des organismes en tension, ni la mission ni les interlocuteurs qu'elle a rencontré n'ont été en mesure de les objectiver.

4.

La caisse nationale conteste les estimations des gains de productivité attendus de la dématérialisation des DSIJ. La mission a conscience du caractère parfois arbitraire de son estimation auquel elle ne s'est résolue qu'en l'absence de toute étude documentée fournie par la CNAMTS. Elle n'a pas ignoré la spécificité du traitement des déclarations de salaires. Dans l'impossibilité de prendre en compte la complexité effective de l'ensemble du traitement des DSIJ, la mission a cherché à isoler les gains pouvant résulter de la seule suppression des opérations de saisie. Pour cela elle a procédé par comparaison en retenant comme référence l'écart observé entre la productivité du processus de traitement des feuilles de soins papier et celle du processus du traitement des feuilles de soins numérisées.

# Observations de la direction de la sécurité sociale

2009-133

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville**
**Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat**
**Ministère de la santé et des sports**

Direction de la Sécurité sociale
DSS/SD4/TF

IGAS - SDR
Courrier arrivée
08 FEV. 2009

Paris, le
1 FEV. 2009

Inspection Générale
Des Affaires Sociales
- 5 FEV. 2010
N° 069

**Note à M Pierre Boissier**
**Chef de l'IGAS**

**Objet** : projet de rapport IGAS sur la COG CNAMTS 2006-2009

**PJ** : tableau des propositions

Vous avez bien voulu me transmettre le projet de rapport relatif à l'évaluation de la COG 2006-2009.

Je partage très largement les principaux constats de la mission sur cette évaluation:

- des résultats significatifs en matière d'efficience globale obtenus avec un gain de productivité de 9% et une réduction de 5000 ETP, soit près du double de ce qui était prévu par la COG ;
- une qualité de service qui s'est globalement améliorée (déploiement de l'offre de service sur internet, mise en place de parcours dédiés pour certains publics) à l'exception de la gestion de la délivrance de la carte vitale 2 ;
- la mise en place de programmes nationaux en matière de gestion du risque qui a constitué, indéniablement, un progrès important dans le pilotage de ces opérations, même si comme le souligne le projet de rapport, les résultats sont encore trop hétérogènes, notamment du fait de la complexité de l'organisation retenue (coordination entre réseaux médical et administratif, place incertaine du directeur coordonnateur....) ;
- un investissement nouveau réalisé en matière de lutte contre la fraude avec à la fois une structuration au niveau national et des plans d'actions déclinés dans le réseau ;
- des progrès réalisés en matière de systèmes d'information restant beaucoup trop limités ;

Sur ce dernier point, je ne peux que prendre acte du fait que la mission n'a pas souhaité procéder à une évaluation des résultats de la COG en matière de système d'information.

Comme j'ai déjà eu l'occasion de le souligner auprès des membres de la mission, je considère ce volet des COG comme primordial et son exclusion limite la portée de l'évaluation. La DSS comme vous le savez envisage de disposer d'un budget pour pouvoir compléter l'expertise de l'IGAS par des missions de cabinets spécialisés.

Sur la forme de la COG, le pré-rapport critique d'une certaine manière l'ambition trop large de la convention, conduisant à des engagements souvent trop généraux, sans objectifs précis ni indicateurs. Si le repositionnement de la CNAMTS sur les politiques de gestion du risque, consécutif à la loi du 13 août 2004, explique en grande partie cette situation, je souligne également la nécessité de ne pas réduire la COG à un simple catalogue de « fiches-actions », sans cadrage stratégique partagé entre les signataires. Comme la DSS a souhaité le faire avec les COG plus récentes (COG CNAF, CNAV ou AT/MP) il me semble possible de concilier une rigueur dans la définition des engagements respectifs de l'Etat et de l'assurance maladie, des objectifs et des indicateurs avec des orientations stratégiques clairement définies

Vous trouverez ci-joint les réponses détaillées sur les propositions de la mission. Je souhaite attirer plus particulièrement votre attention sur trois sujets :

- la réseau de l'assurance maladie doit effectivement continuer à dégager des gains de productivité significatifs, en lien avec la poursuite de la montée en charge de la dématérialisation des feuilles de soins papier ; la mise en œuvre de la contribution forfaitaire sur les feuilles de soins papier est à cet égard très importante ;
- cette exigence passe également par un accroissement des efforts de mutualisation et une réduction des écarts de performance entre les caisses ;
- à la faveur de la création des ARS et des enseignements de la COG 2006-2009, le régime général doit poursuivre le renforcement au niveau régional des politiques de gestion du risque et de lutte contre la fraude, au travers de processus médicaux et administratifs davantage intégrés ;
- sur l'articulation de la négociation du contrat Etat UNCAM avec la négociation de la COG, nous avons effectivement retenu la proposition des rapporteurs d'une discussion quasi simultanée sur ces deux outils pour en assurer la cohérence, la signature de la COG devant intervenir rapidement après celle du contrat Etat UNCAM.

Le Directeur de la Sécurité Sociale

Dominique LIBAULT

## TABLEAU DES PRECONISATIONS DU RAPPORT IGAS POUR LA COG CNAMTS 2010-2013

| N° | Recommandations IGAS | Observations DSS |
|---|---|---|
| 1 | Fixer dans la COG un objectif de 90% à 95% pour le taux de dématérialisation des feuilles de soins en utilisant notamment le levier de la contribution forfaitaire pour couvrir à terme le traitement d'une feuille de soins et d'un autre document papier | Accord sur l'objectif. Le levier principal pour atteindre cet objectif est en effet la mise en œuvre de l'article L161-35 du CSS, modifié par la loi du 21 juillet 2009, sachant que la négociation conventionnelle doit être dans un premier temps privilégiée. |
| 2 | Fixer dans la COG un objectif de dématérialisation des DSIJ entre 30% et 40% d'ici la fin de la convention. | Accord sur le principe en prévoyant une obligation règlementaire de dématérialisation envers les employeurs. Néanmoins, pour permettre la totalité des gains de productivité indiqués par l'IGAS (-1600 ETP), il faut préalablement régler le problème d'injection des données dans le système d'information de la CNAMTS pour éviter les saisies manuelles. En effet, actuellement les agents affectés aux IJ doivent imprimer les déclarations électroniques pour les saisir faute d'injecteur direct dans le système. |
| 3 | La COG devrait prévoir un objectif ambitieux de réduction des écarts de productivité. La CNAMTS doit renforcer son dispositif de pilotage de la réduction des écarts : mettre en place un suivi de la relation volume d'activité/productivité, définir des trajectoires caisse par caisse, rendre les taux de remplacement plus discriminants, augmenter le poids des objectifs de productivité dans les CPG. | Un objectif de ce type était prévu dans la COG 2006-2009 mais n'a pas été atteint. L'objectif doit être repris dans la nouvelle COG en étant plus contraignant sur les moyens et outils permettant effectivement de réduire les écarts. |
| 4 | Etendre le champ et la portée de la prime de résultat. | Le coût financier d'une telle mesure, si on l'étend à tous les niveaux 7 comme préconisé, est important.<br>De plus, en articulation avec la recommandation n°5, cela conduirait à modifier la répartition de la part variable au détriment des rémunérations des catégories non cadre. |
| 5 | A l'occasion de la négociation d'un prochain accord d'intéressement, renforcer la part locale et limiter les mécanismes permettant « d'assurer » le bénéfice de l'intéressement à toutes les caisses. | Il conviendrait en effet comme le suggère la mission, de réfléchir à un perfectionnement du mécanisme d'intéressement pour le rendre plus orienté vers la performance. |
| 6 | Définir une stratégie nationale de mutualisation s'appuyant notamment sur les résultats des projets déjà expérimentés par les caisses et intégrant de nouvelles expérimentations sur un ou plusieurs des processus les plus importants (le traitement des feuilles de soins par exemple). | Il convient, en effet, de renforcer le pilotage national de la démarche de mutualisation et de définir les objectifs prioritaires à mettre en œuvre pour étendre à l'ensemble du réseau les expérimentations de mutualisation ayant démontré leur impact positif en termes de gains de productivité comme de qualité du service rendu aux assurés.<br>Il s'agira notamment de s'interroger sur les mutualisations possibles en matière de production, dimension qui n'a pas été développée par la mission. |
| 7 | La COG devrait prévoir un engagement de la CNAMTS à fournir, à | Cet objectif doit en effet a minima être fixé dans la COG |

## TABLEAU DES PRECONISATIONS DU RAPPORT IGAS POUR LA COG CNAMTS 2010-2013

| N° | Recommandations IGAS | Observations DSS |
|---|---|---|
| | échéance de deux ans, une étude sur l'organisation optimale du réseau en matière de production, de management et de pilotage. | |
| 8 | Pour la prochaine COG, fixer à la branche maladie un objectif de gains de productivité en moyenne de 2,33% par an, ce qui conduirait à ne pas remplacer environ 5000 départs à la retraite (hors redéploiements). | Ce point fera l'objet de négociation dans la COG. Les gains de productivité doivent permettre de poursuivre sur un rythme élevé de non remplacement des départs à la retraite |
| 9 | Organiser la fonction de gestion des risques et engager une révision de la cartographie des risques. | La DSS partage le diagnostic posé par la mission IGAS d'une incomplétude de la cartographie des risques de la CNAMTS ainsi que la recommandation qui en découle de couvrir l'intégralité des activités de la branche par la démarche de maîtrise des risques. |
| 10 | Etendre les PMS à tous les macroprocessus en y intégrant les directions de l'établissement public. | Sur l'extension à tous les macroprocessus, cf. recommandation n°9.<br>Sur l'extension des PMS à l'établissement public, celui-ci ne relève pas du code de la sécurité sociale pour sa comptabilité et son contrôle interne mais de la comptabilité publique (instruction comptable M91). La DSS s'interroge, en conséquence, sur la faisabilité de la recommandation qui doit être davantage expertisée. |
| 11 | Créer une fonction de synthèse budgétaire au sein de l'établissement public. | Pas de commentaire sur cette proposition |
| 12 | Etablir les bases budgétaires de la future COG à partir du niveau d'exécution 2009. Prévoir la conclusion obligatoire d'un avenant pour annuler les autorisations de crédits lorsque le montant cumulé de celles qui ont été reportées dépassent un seuil qui est à fixer. | L'établissement des bases COG se fait déjà, habituellement, en fonction de l'exécuté de la dernière année.<br>La DSS souligne le risque d'incitation à la consommation de crédits d'un durcissement des règles de report.<br>Par ailleurs, elle rappelle que la procédure d'un avenant annuel se révèle lourde à mettre en œuvre.<br>Enfin, il faut noter que les règles budgétaires actuelles n'entrainent pas au sens strict un report automatique des crédits (même si la décision d'annulation appartient unilatéralement à la CNAMTS) |
| | | |
| 13 | La prochaine COG devrait prévoir la fourniture impérative, à une échéance d'un ou deux ans, d'un schéma directeur donnant la cible fonctionnelle à moyen/long terme. Ce schéma devra obtenir l'approbation de l'Etat. Dans l'attente, suspendre tout lancement de nouveau projet de portée stratégique. | Accord avec cette proposition ; la CNAMTS doit fournir impérativement un schéma directeur du système d'information. Quant au délai, la COG devrait prévoir la transmission du SDSI à l'Etat 6 mois à 1 an après signature de la convention |
| 14 | La prochaine COG devrait comporter un engagement fort en matière de réorganisation de la fonction de production des systèmes d'information. La fourniture d'un schéma cible et d'un calendrier au plus tard à mi-convention suivi d'un début de mise en œuvre serait un minimum. | Accord avec cet objectif de réorganisation de la fonction production du SI de l'assurance maladie avec un schéma cible à mi-convention et le lancement de la mise en place dès 2012. Cette action doit s'articuler impérativement avec l'organisation de la DDSI notamment la fonction |

## TABLEAU DES PRECONISATIONS DU RAPPORT IGAS POUR LA COG CNAMTS 2010-2013

| N° | Recommandations IGAS | Observations DSS |
|---|---|---|
| | | développement au regard des effectifs et des compétences informatiques (départs en retraite, reconversion, parcours professionnel). |
| 15 | La COG devrait prévoir un engagement de la CNAMTS quant à la fourniture au plus tard à mi-COG d'une cible d'organisation de la DDSI, pour un début de mise en œuvre en deuxième partie de convention. | Le périmètre de la DDSI n'est pas suffisant. La cible d'organisation du secteur systèmes d'information de la CNAMTS doit impérativement couvrir 3 volets : une maîtrise d'ouvrage dédiée aux partenaires (AMC, PS, ASIP, etc), une coordination des maîtrises d'ouvrage métier de la CNAMTS et une maîtrise d'œuvre informatique qui pilote les fonctions production et développement. |
| 16 | Effectuer une revue de projet de la migration vers le logiciel de la CNAF compte tenu des enjeux en termes de compétences informatiques que le projet comporte et tendre vers une unité des outils de pilotage RH à la disposition des caisses. | La revue de projet de la migration du SIRH CNAF à la CNAMTS doit aussi comporter l'évaluation de la capacité logiciel par rapport aux volumes des données à traiter. Quant à l'unité des outils SIRH pour les caisses nationales de sécurité sociale, une étude peut être menée pour évaluer les avantages et les inconvénients d'un outil unique et d'outils différents y compris la fonction très importante d'intégration dans les SI des caisses. |
| 17 | Veiller à préciser dans le contrat UNCAM les compétences respectives de l'Etat, des ARS et des organismes d'assurance maladie dans la définition des actions de gestion du risque, en particulier en matière de contrôle et de lutte contre la fraude. | Une clarification sur les compétences respectives en matière de contrôle est en effet souhaitable. |
| 18 | Veiller à définir dans le contrat UNCAM les deux catégories de programmes nationaux : ceux d'application directe et ceux qui peuvent faire l'objet d'adaptations locales. | Dès lors qu'un programme national est adopté, il doit être mise en œuvre dans toutes les régions. Il peut et doit exister des marges de manœuvre locales sur les modalités fines de déploiement des programmes, sans que cela nuise à la cohérence nationale des actions qui en découlent. |
| 19 | Prévoir dans la COG un engagement de l'Etat à mobiliser la HAS sur les demandes de référentiels formulées par la CNAMTS. | Le dialogue entre l'Etat et la HAS dans le cadre de son programme de travail annuel doit permettre de favoriser la mise en œuvre de cette recommandation. De la même façon, le projet stratégique de la HAS doit aussi favoriser l'intégration des demandes de la cnamts ; dans le même temps, la HAS demeure une autorité administrative indépendante |
| 20 | Quel que soit le scénario retenu, négocier en même temps le contrat UNCAM et la COG CNAMTS. | Accord, la signature de la COG devant suivre dans un délai rapproché la signature du contrat UNCAM. |
| 21 | La mission juge que l'approfondissement de la gestion du risque permet et justifie d'envisager un rattachement fonctionnel des DAM au DRSM **et de positionner celui-ci comme responsable de la gestion du risque au niveau régional.** | La cohérence des interventions des DAM et des praticiens conseils doit être renforcée. Le rattachement fonctionnel des DAM au DRSM n'est cependant pas le seul schéma possible et risquerait de priver les CPAM d'un de leur principal levier en matière de gestion du risque. La DSS est |

## TABLEAU DES PRECONISATIONS DU RAPPORT IGAS POUR LA COG CNAMTS 2010-2013

| N° | Recommandations IGAS | Observations DSS |
|---|---|---|
| | | réservée sur cette proposition |
| 22 | Lever les ambiguïtés sur les pouvoirs respectifs i) du représentant en charge de la définition des actions régionales et ii) des caisses ou services de l'assurance maladie en charge de la mise en œuvre du projet régional de santé par contrat avec l'ARS. | Le projet de décret relatif à la gestion du risque devrait permettre de fixer un cadre d'action aux différents acteurs |
| 23 | Préciser les conditions de mise en œuvre opérationnelle des engagements qui relèvent d'une compétence partagée entre l'Etat et l'assurance maladie. A défaut ne pas contractualiser sur un champ large mais sur le seul champ des compétences propres de la CNAMTS. | Accord sur cette recommandation qui devra être mise en œuvre dans la COG CNAMTS comme dans le contrat Etat UNCAM **pour mieux définir ce qui relève d'engagements de l'Etat ou de l'assurance maladie** |
| 24 | Réduire le nombre d'objectifs et en assurer un suivi régulier sur toute la durée de la COG. Ceci suppose aussi une mise en cohérence des objectifs à suivre et des indicateurs utiles au suivi. | Accord sur la nécessité de réduire le nombre d'indicateurs et de standardiser le reporting. Ces indicateurs devront aussi être cohérents avec les PQE. |
| 25 | Si la CNAMTS entend dans les années à venir faire du dispositif des DAM son vecteur privilégié de communication auprès de professionnels de santé dans le domaine de la maîtrise médicalisée, il est nécessaire de rattacher les DAM aux DRSM. | Idem que l'item 21 |
| 26 | La mission souligne que la CNAMTS devra pour le développement du CAPI établir un lien avec le dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles conduit par la HAS. Ce point mérite de faire l'objet d'une discussion approfondie entre la HAS et la CNAMTS | Cette recommandation devra être apprécié au regard des conditions du déploiement du nouveau dispositif, le DPC, qui remplace l'EPP et la FMC |
| 27 | La mission préconise que les dispositions soient rapidement prises pour que puissent être produits les profils de prescription par service, voire par praticien hospitalier, car le bénéfice de la connaissance du seul profil d'un établissement de santé dans son ensemble est nettement insuffisant en la matière. | Cet objectif devra effectivement être précisé dans la future COG.<br>Le déploiement du RPPS devrait y contribuer. |
| 28 | Il convient d'harmoniser les pratiques de sanction entre les ARH. Il est également souhaitable que les hôpitaux se dotent d'un dispositif de contrôle interne de la facturation afin de réduire le risque de sanction. | Les établissements de santé disposent dès à présent d'un département de l'information médicale (DIM) chargé de la valorisation financière de l'activité. A ce titre, il est chargé du contrôle de l'exhaustivité des saisies et du contrôle de la qualité du codage des soins. Pour ces raisons il existe un lien très fort entre le contrôle de gestion et le DIM. Toutefois, le rapport de la DGCP en date du 28 janvier 2008 précise que cette fonction devrait être valorisée davantage. |
| 29 | Instaurer un dialogue de gestion plus nourri pour prendre en compte des spécificités ou actions régionales. | Accord avec cette proposition |
| 30 | Rendre plus visibles les actions de portée pluriannuelle. | Accord avec cette proposition |

## TABLEAU DES PRECONISATIONS DU RAPPORT IGAS POUR LA COG CNAMTS 2010-2013

| N° | Recommandations IGAS | Observations DSS |
|---|---|---|
| 31 | Modifier les règles de classement des organismes. | Accord avec cette proposition |
| 32 | Rendre plus discriminants les objectifs. | Accord avec cette proposition |
| 33 | Clarifier la mise en œuvre des objectifs communs aux organismes locaux. | Accord avec cette proposition |
| 34 | La mise en place d'une comptabilité analytique complète devrait être un des engagements prioritaires de la prochaine COG. | Accord avec cette proposition |
| 35 | Développer les échanges de données informatisés entre les systèmes d'informations médicaux et administratifs. | Accord avec cette proposition sur la base d'une stratégie clairement établie sur ces échanges |
| 36 | Développer les interfaces entre les plateformes internes et les systèmes d'information de production. | La DSS ne comprends pas cette proposition |
| 37 | Suivre, caisse par caisse, l'organisation de la production des caisses. | Accord avec cette proposition |
| 38 | Réaliser un balayage et, à chaque fois que possible une simplification, en collaboration avec les équipes de la branche, des dispositions réglementaires. | Le rapport estime que l'un des leviers de l'amélioration de la productivité des caisses est la simplification de la réglementation. La volonté de simplification des règles ne peut qu'être partagée, elle doit toutefois être compatible avec l'objectif de renforcement de lutte contre la fraude et d'équité de traitement des assurés. Une simplification de la réglementation concernant la part forfaitaire des aides au logement (forfait logement) prise en compte dans le calcul des ressources des demandeurs de la CMUc a été apportée en loi de finances 2008 : unification et simplification des règles de calcul du forfait logement entre primo-demandeurs et demandeurs de renouvellement. |
| 39 | Maintenir l'objectif de délai de paiement de la première IJ non subrogée. Ajouter un indicateur de temps de traitement par les caisses, calculé entre la date de réception du dossier par la CPAM et le versement de la première IJ non subrogée. | La COG 2006-2009 prévoyait un pourcentage de dossiers IJ traités dans un délai < 30 jours. L'objectif n'a pas été atteint : seuls 42 % des dossiers IJ sont traités en moins de 30 jours (objectif : 80%). Le délai moyen est aujourd'hui de 47 jours. L'objectif ne peut être atteint selon la CNAMTS car il n'y a pas de dossiers en instance mais souvent l'employeur met du temps à envoyer le dossier. Ce délai est généralement sans conséquence pour l'assuré car, compte tenu des délais inhérents aux opérations de paye, il est payé normalement par son employeur même s'il est en arrêt. L'indicateur n'est donc pas réellement significatif de l'activité des caisses et de la qualité de service.<br>Il doit être affiné ou modifié et l'ajout d'un indicateur de traitement par les caisses, calculé entre la date de réception du dossier par la CPAM et le versement de la première IJ, peut être une piste à emprunter pour la prochaine COG. |
| 40 | En complément de l'indicateur prévu à la COG, la CNAMTS devrait suivre un indicateur sur le délai de délivrance de la carte VITALE 2 imputable aux | Le problème est similaire à la recommandation n°39. En effet, le pourcentage de cartes Vitale diffusées à moins de 21 jours est de 85% |

## TABLEAU DES PRECONISATIONS DU RAPPORT IGAS POUR LA COG CNAMTS 2010-2013

| N° | Recommandations IGAS | Observations DSS |
|---|---|---|
| | seules caisses. | pour le remplacement des cartes perdues ou volées car, dans ce cas, les assurés sont demandeurs et préparent mieux leur dossier. Pour les demandes de première carte, le taux de délivrance est moins bon, les dossiers étant moins bien constitués.<br>L'indicateur proposé, qui ne prendrait date qu'une fois le dossier complet, permettrait donc de mieux apprécier le travail des CPAM. |
| 41 | Faire évoluer les indicateurs de satisfaction de sorte que les résultats soient lisibles et que les caisses identifient mieux les leviers d'amélioration mobilisables. | Accord avec cette proposition |
| 42 | Fixer un objectif de réduction des écarts entre caisses quant au déploiement de tous les téléservices. | Accord avec cette proposition |
| 43 | Accélérer le déploiement des parcours attentionnés. Les évaluer. | Accord avec cette proposition |

# Réponse de la mission aux observations du directeur de la sécurité sociale

Le directeur de la sécurité sociale partage les principaux constats de la mission sur l'évaluation de la COG 2006-2009, la nécessité de resserrer les objectifs pour la future COG en les assortissant d'indicateurs de suivi enfin, du choix d'une négociation parallèle et simultanée de la COG et du contrat entre l'Etat et l'UNCAM.

Cependant, il regrette que la mission n'ait pas procédé à une évaluation des résultats de la COG en matière de systèmes d'information. La mission rappelle qu'elle consacré une partie de ses travaux aux systèmes d'information de la branche maladie. En tout état de cause il n'est pas possible dans un bilan de COG d'y consacrer une part plus importante. En outre, comme la mission l'a souligné à plusieurs reprises, elle a recherché la complémentarité de son intervention avec celle de la Cour des comptes qui a réalisé sur la même période un audit général des systèmes d'information de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

La mission ne peut qu'encourager la Direction de la sécurité sociale à mobiliser des crédits pour faire expertiser les SI de la branche maladie. La mission rappelle néanmoins que de nombreux audits ont déjà été réalisés, et que la situation des systèmes d'information est déjà assez largement connue. Un nouvel audit n'aurait que peu de valeur ajoutée.

Par contre l'absence d'une cible fonctionnelle et technique, ou l'éclatement territoriale de la DDSI sont des difficultés très sérieuses. Alors que la CNAMTS s'engage dans l'élaboration d'un schéma directeur et dans la réorganisation de la DDSI, le recours à un cabinet pourrait aider la DSS dans son rôle de tutelle sur deux sujets particulièrement stratégiques.

# Observations de la Direction du Budget

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION DU BUDGET

TÉLÉDOC 275
139, RUE DE BERCY
75572 PARIS CEDEX 12

Affaire suivie par Philippe DELAGE
Bureau 6BCS
Téléphone : 01 53 18 74 81
Télécopie : 01 53 44 69 31

N° DF-6BCS-09-3223

Paris, le 11 DEC. 2009

LE MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT

à Monsieur le Chef de l'Inspection Générale
des Affaires Sociales
Section des rapports
39-43 quai André Citroën
75739 Paris cedex 15

**Objet : Rapport provisoire de la bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 signée entre l'Etat et la CNAMTS et recommandations pour la future convention.**

Vous avez bien voulu me transmettre le rapport provisoire cité en objet dans le cadre de la procédure contradictoire. Ce document, dont la direction du Budget a pris connaissance avec grand intérêt, appelle les observations suivantes.

S'agissant des engagements et du suivi de la COG, la direction du Budget partage l'analyse de la mission selon laquelle les indicateurs, comme d'ailleurs les objectifs, doivent être hiérarchisés et en nombre limité.

Concernant la gestion du risque, le rapport indique que les résultats de la maîtrise médicalisée sont significatifs tout en relevant que les objectifs ne sont pas atteints. La direction du Budget considère que l'évaluation de ces résultats pourrait utilement faire l'objet d'une étude spécifique. A cet égard, le HCAAM, dans son rapport de l'année 2009, estime que l'attachement à l'objectif d'optimisation de la qualité des soins « ne doit pas voiler la nécessité d'accélérer l'obtention de résultats plus mesurables sur la pratique médicale et que la maîtrise médicalisée doit faire les preuves de son efficacité pour rester un élément de la régulation, permettant d'orienter de manière plus optimale les priorités budgétaires ». La direction du Budget considère que les résultats obtenus en la matière sont inégaux, certaines actions ayant conduit à des résultats significatifs (génériques, statines, IPP, antibiotiques), d'autres devant être améliorées (ALD, indemnités journalières). Des objectifs ambitieux de réduction des dépenses doivent être définis dans la prochaine COG.

Sur le plan de la gestion administrative, la mission formule différentes recommandations, partagées par la direction du Budget, qui doivent permettre de dégager des gains de productivité importants au cours des prochaines périodes conventionnelles. Elle observe que si les engagements pris au cours de la période conventionnelle actuelle en matière d'efficience de la branche ont été respectés, voire dépassés pour certains, des marges demeurent.

La mission constate que des écarts de productivité entre caisses, non justifiés par une différence de volume d'activité, subsistent. Elle évalue à 12 000 ETP l'impact sur l'emploi de la réduction de ces écarts. La direction du Budget souscrit à la démarche de la mission.

MINISTÈRE DU BUDGET
DES COMPTES PUBLICS
DE LA FONCTION PUBLIQUE
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT

REF-12604190354GB-TB

Sur le plan budgétaire, la direction du Budget souscrit aux recommandations relatives à l'attention qui doit être portée au calibrage de la programmation initiale, d'une part, ainsi qu'à l'introduction de règles budgétaires permettant l'annulation en cours de COG d'autorisations budgétaires manifestement surévaluées en début de COG.

Enfin, la direction du Budget partage l'analyse de la mission relative aux modalités de réorganisation du réseau et du renforcement de son pilotage. Elle souhaite également qu'une réflexion visant à déterminer l'échelon optimal de pilotage de chaque processus de production et des fonctions de gestion de l'assurance maladie soit menée. Dans l'immédiat, à l'horizon de la prochaine COG, la direction du budget estime également nécessaire que la branche définisse une stratégie nationale de mutualisation sur la base des expérimentations déjà engagées sur les fonctions de production.

Pour le Ministre et par délégation
Le Directeur du Budget
Par empêchement du Directeur du Budget
Le Sous-Directeur

Guillaume GAUBERT

Inspection générale
des affaires sociales
RM2009-133P

# Bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 signée entre l'Etat et la CNAMTS et recommandations pour la future convention

## RAPPORT DEFINITIF :
## TOME 2 ANNEXES

Établi par

Agnès JEANNET, Thierry BRETON,
Philippe LAFFON, Dr Sylvain PICARD

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Avril 2010 -

# Sommaire

**ANNEXE 1 : LA CONTRIBUTION DE LA BRANCHE MALADIE DU REGIME GENERAL A LA REGULATION DES DEPENSES DE SANTE ..... 7**

**ANNEXE 1-2 : BILAN DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE ET LES ABUS ..... 57**

**ANNEXE 1-3 : FICHE : CADRE JURIDIQUE DE LA CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION ..... 69**

**ANNEXE 2 : EFFICIENCE ET PRODUCTIVITE DE LA BRANCHE ..... 83**

**ANNEXE 2.1 : ANALYSE DU PROCESSUS DROITS DE BASE ET OPTIONNEL ..... 123**

**ANNEXE 2.2 : ANALYSE DU PROCESSUS CMU ..... 127**

**ANNEXE 2.3 : ANALYSE DU PROCESSUS FSP MANUEL ..... 131**

**ANNEXE 2.4 : ANALYSE DU PROCESSUS FSE + B2 ..... 135**

**ANNEXE 2.5 : ANALYSE DU PROCESSUS FSP SCAN ..... 139**

**ANNEXE 2.6 : ANALYSE DU PROCESSUS IJ MALADIE, MATERNITE, PATERNITE .. 143**

**ANNEXE 2.7 : ANALYSE DE PLUSIEURS PROCESSUS SUPPORT ..... 147**

**ANNEXE 2.8 : ANALYSE DU PROCESSUS ACCUEIL PHYSIQUE ..... 151**

**ANNEXE 2.9 : ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS PAR INDICATEURS CPG FONCTION DE PRODUCTION ET FONCTIONS SUPPORT ..... 155**

**ANNEXE 2.10 : SIMULATION D'EVOLUTION DES BESOINS EN ETP PAR CAISSE LIES A LA REDUCTION DES ECARTS DE PRODUCTIVITE ..... 159**

**ANNEXE 3 : LA QUALITE DE SERVICE ..... 171**

**ANNEXE 4-1 : L'EXECUTION DES BUDGETS PLURIANNUELS DU FNG ET DU FNASS 185**

**ANNEXE 4.2. : LA POLITIQUE DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ..... 197**

**ANNEXE 4.3 : ELEMENTS DE BILAN ET PERSPECTIVES CONCERNANT LA GESTION DES SYSTEMES D'INFORMATION ..... 219**

**ANNEXE 4.4 : LA FONCTION D'AUDIT INTERNE ..... 241**

**ANNEXE 5 : LES INDICATEURS ..... 251**

# Sommaire - Annexe n°1

**ANNEXE 1 : LA CONTRIBUTION DE LA BRANCHE MALADIE DU REGIME GENERAL A LA REGULATION DES DEPENSES DE SANTE ..... 7**

**INTRODUCTION ..... 7**

1. LA COG 2006-2009 PLACE LA GESTION DU RISQUE AU COEUR DE LA CONTRACTUALISATION ENTRE L'ETAT ET LA CNAMTS ..... 7

*1.1. La COG repose sur une conception large de la notion de gestion du risque ..... 8*

*1.2. La COG est trop imprécise sur le partage des rôles entre l'Etat et l'assurance maladie dans la conduite des actions de gestion du risque ..... 10*

*1.3. La COG comprend des engagements trop nombreux, ce qui nuit à la qualité du suivi par ailleurs insuffisant tant dans sa régularité que dans sa méthode ..... 13*

2. LES EFFECTIFS AFFECTES A LA GESTION DU RISQUE CONNAISSENT UNE NETTE PROGRESSION .. 16

*2.1. Les effectifs affectés à la gestion du risque ont augmenté dans un contexte de diminution générale ..... 16*

*2.2. En structure, le poids de l'activité de gestion du risque est très variable selon les organismes ..... 17*

*2.3. Au niveau territorial, une analyse conduite en Rhône-Alpes montre que la mobilisation des CPAM sur la période 2006-2008 est significative ..... 19*

3. LA MISE EN PLACE DE PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE CARACTERISE LA PERIODE 2006 -2009 ..... 23

*3.1. Le développement de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ..... 24*

*3.2. La maîtrise médicalisée s'est développée en ambulatoire et dans les établissements de santé ..... 33*

*3.3. Les contrôles des professionnels et des établissements s'est renforcé ..... 42*

4. UN PILOTAGE PAR OBJECTIFS QUI EST AFFALIBLI PAR LA COMPLEXITE DE L'ORGANISATION TERRITORIALE ..... 45

*4.1. Le pilotage par objectifs constitue un acquis à préserver mais à améliorer sur certains points ..... 45*

*4.2. Une organisation territoriale qui reste complexe ..... 54*

**ANNEXE N°1-2 ..... 57**

1. UNE ACTION AMBITIEUSE ..... 58

*1.1. Le plan annuel de contrôle structure l'action de la branche en matière de lutte contre la fraude et les abus ..... 58*

*1.2. Les structures et les moyens consacrés à la lutte contre la fraude et les abus ont été adaptés ..... 59*

*1.3. De nouveaux outils juridiques et contentieux sont mobilisés ..... 61*

2. DES RESULTATS PROBANTS A CONFORTER ..... 63

*2.1. Les économies générées ..... 63*

*2.2. Les sanctions* ..... *66*

**ANNEXE N°1-3** ..... **69**

1. LA COG 2006-2009 S'INSCRIT DANS LE CONTEXTE DE L'EXTENSION DES COMPETENCES DE L'ASSURANCE MALADIE ORGANISEE PAR LA LOI DU 13 AOUT 2004 ..... 69

*1.1. La réforme de l'assurance maladie a précisé les compétences de la branche et doté le directeur général de la CNAMTS de pouvoirs nouveaux, assis sur une légitimité renforcée* ..... *69*

*1.2. Le dispositif juridique prévu pour les COG ne paraît pas adapté aux responsabilités confiées à l'assurance maladie* ..... *72*

2. LA NOUVELLE CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION DEVRA TENIR COMPTE DES MODIFICATIONS INTRODUITES PAR LA LOI HPST ..... 74

*2.1. Les responsabilités en matière de gestion du risque sont profondément affectées par la création de programmes pluriannuels régionaux de gestion du risque* ..... *75*

*2.2. La coordination des interventions de l'ARS et de l'assurance maladie en matière de relations avec les professionnels de santé conventionnés devra également être prise en compte* *78*

*2.3. Les projets en matière de suivi des patients ne devront pas être redondants* ..... *80*

# Annexe 1 : La contribution de la branche maladie du régime général à la régulation des dépenses de santé

## Introduction

[1] La mission a centré ses investigations sur certains engagements de la COG d'une part, et sur la méthode de contractualisation et de pilotage du réseau d'autre part.

[2] Concernant le choix des thèmes, la mission a retenu les actions de régulation des dépenses de santé relatives d'une part à la maîtrise médicalisée des dépenses et d'autre part au contrôle de la tarification[1]. Concernant le programme SOPHIA d'accompagnement des patients diabétiques, la mission ne l'a pas examiné ne disposant pas de données scientifiquement établies[2]. Il importera que ce programme soit globalement évalué avant toute généralisation.

### 1. LA COG 2006-2009 PLACE LA GESTION DU RISQUE AU COEUR DE LA CONTRACTUALISATION ENTRE L'ETAT ET LA CNAMTS

[3] Le terme gestion du risque a pris un sens nouveau. Au départ le terme représente la gestion des prestations pour les différentes branches des régimes de sécurité sociale. Il recouvre désormais toutes les actions concourant à la maîtrise des dépenses de santé. Il est alors synonyme du mot « régulation des dépenses », terme qui est utilisé par les caisses.

[4] La question de la régulation des dépenses de santé n'avait pas fait l'objet de contractualisation entre l'Etat et la CNAMTS jusqu'à l'avenant n°4 à la convention 2000- 2003 intégré dans l'avenant général de prolongation de la COG 2000-2003 signée le 10 juin 2004.

[5] Dans le prolongement de cet avenant, la COG 2006-2009 affiche un positionnement de la CNAMTS marqué par l'ambition de « *Placer la gestion du risque au cœur de l'action de l'assurance maladie : assureur solidaire en santé* ».

[6] « *Convaincus que la politique de gestion du risque permet d'améliorer l'état de santé de la population tout en garantissant l'équilibre financier du système d'assurance maladie, l'Etat et la CNAMTS s'engagent à œuvrer à la mise en œuvre d'une stratégie volontariste de gestion du risque tout au long de la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009* ». Ce préambule explicite la stratégie globale de la convention qui vise à contractualiser des actions d'une politique globale de santé.

[7] Mais les engagements qui déclinent dans la COG les actions jugées prioritaires pour la période 2006- 2009, ne précisent pas de façon concrète les responsabilités réciproques de l'Etat et de l'assurance maladie, ce qui rend le contrat peu opérationnel, surtout lorsque les compétences sont partagées.

---

[1] Les questions relatives aux Centres d'examen de santé et au Service médical du régime général ont fait l'objet d'une enquête de la cour des comptes en 2009. D'autre part, l'action sanitaire et sociale de la branche maladie a fait l'objet en accord avec la mission d'une enquête pilotée par la direction de la sécurité sociale et réalisée par les services des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales.

[2] Le rapport d'évaluation scientifique du programme doit être remis à la CNAMTS en décembre 2009.

### *1.1. La COG repose sur une conception large de la notion de gestion du risque*

[8] La COG applique une conception extensive des compétences de l'assurance maladie en matière de « gestion du risque » et assure un redéploiement la régulation. des effectifs de la fonction de production vers la fonction de régulation.

[9] La conception de la « gestion du risque » a connu des évolutions.

[10] Dans les ordonnances de 1996, la notion de gestion du risque retenue est étroite. Elle recouvre à l'époque la gestion des fonds nationaux de prestations légales. Il revient aux conventions d'objectifs et de gestion de chaque branche de *« préciser les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque*»[3]. Dans le même article du code de la sécurité sociale, il est indiqué que « *Pour la branche maladie, la convention d'objectif et de gestion comporte un plan de contrôle des prestations servies* »[4].

[11] Dans l'avenant n°4 à la précédente convention, une définition large de la gestion du risque était retenue. Qualifiée de « transversale », la politique de régulation doit « se concevoir globalement et porter sur l'ensemble des champs du système de soins ».

[12] Enfin, la loi du 13 août 2004 a renforcé les compétences de la CNAMTS en lui donnant un pouvoir de définition des objectifs de la gestion du risque[5]. Enfin, la loi du 21 juillet 2009 revient à une conception plus restrictive même si le terme de « *gestion du risque assurantiel* » n'a pas été retenu dans le texte finalement voté.

#### 1.1.1. Au niveau national, la loi du 13 août 2004 donne au conseil de la CNAMTS un rôle d'orientation important

[13] Le Conseil a ainsi depuis la loi du 13 août 2004, le rôle de **déterminer :**

- 1°les orientations relatives à la contribution de l'Assurance Maladie à la mise en œuvre de la politique de santé ainsi qu'à l'organisation du système de soins, y compris les établissements de santé, et au bon usage de la prévention et des soins ;
- 2° Les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en œuvre (.) »

[14] Le concept de gestion du risque retenu dans la COG est extensif puisqu'il agrège les deux types d'orientations confiées au conseil de la CNAMTS par la loi de 2004 au 1° et au 2° de l'article L.221-3 du CSS. Dans cette acception, la gestion du risque excède largement le seul contrôle des prestations versées pour englober l'ensemble des actions de la politique de santé.

[15] Dès 1999, la CNAMTS retenait déjà une conception large de la gestion du risque. Ainsi dans la circulaire du 24 mars 1999, elle définissait la gestion du risque comme « *l'ensemble des actions et procédures conduisant à optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé, à inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins, à amener les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modération des coûts dans le cadre financier voté par le parlement* ». Dans cette conception la gestion du risque se superpose à la politique de santé.

[16] Le texte de la COG a identifié six domaines de contractualisation pour la gestion du risque. Au sein de ces domaines, seuls les deux derniers relèvent de la compétence exclusive de la CNAMTS (au sens du 2° de l'article L.221-3), les autres relèvent d'une compétence partagée entre l'Etat et la CNAMTS (au sens du 1° du même article).

---

[3] Article L.227-1 du CSS

[4] La COG doit aussi mentionner «Les orientations pluriannuelles de l'action du gouvernement dans les domaines de la santé publique, de la démographie médicale, du médicament, de la lutte contre l'exclusion en matière d'accès aux soins. »

[5] Article L.221-3 du CSS

Tableau 1 : La répartition des domaines de compétences entre l'Etat et l'assurance maladie

| Thèmes de contractualisation | Contributions de l'assurance maladie aux politiques de santé (1° de l'art. L.221-3) | Compétences propres de l'assurance maladie (2°de l'art. L.221-3) |
|---|---|---|
| Prévention et information des assurés | X | |
| Lutte contre la précarité et les inégalités en matière de santé | X | |
| Amélioration de l'efficience des soins | X | |
| L'offre de soins | X | |
| Le périmètre de prise en charge de la tarification | | X |
| Les contrôles | | X |

*Source : Mission*

[17] Ces thèmes sont directement issus des orientations votées par le Conseil de la CNAMTS en amont de la négociation avec l'Etat[6]. Ils concrétisent les orientations de la politique de gestion du risque, orientations débattues par le Conseil en juin 2005

### 1.1.2. Au niveau territorial, la gestion du risque fait l'objet de procédures de gestion bien identifiées

[18] La gestion du risque a fait l'objet d'un guide de formation à l'usage des agents des organismes de l'assurance maladie[7]. Les objectifs opérationnels et les axes de travail fixés aux organismes de l'assurance maladie illustrent pleinement la définition large retenue au niveau national :

[19] « *la gestion du risque est l'ensemble des activités de la branche visant à définir, mettre en œuvre et évaluer tout dispositif ou plan d'action contribuant à la maîtrise des dépenses de santé et leur évolution. Les actions de gestion du risque traduisent de manière opérationnelle les objectifs de l'assurance maladie :*

- *permettre à la population d'être et de se maintenir en bonne santé en optimisant la réponse du système aux soins aux besoins de santé,*
- *inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins,*
- *amener les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que des modérations de coûts (efficience)* ».

[20] Par ailleurs, le plan de comptabilité analytique, qui a retenu pour la gestion du risque le terme de « régulation », recouvre sept macros processus :

- actions vers les assurés et sur la demande de soins,
- accompagnement des professionnels de santé,
- suivi conventionnel des professionnels de santé,
- action sur l'offre de soins,
- surveillance et suivi du système de santé,
- actions de contrôles ciblés portant sur les professionnels de santé libéraux, établissements et populations d'assurés,
- actions contentieuses.

[6] Les orientations stratégiques pour la COG ont été discutées en Conseil lors d'une réunion exceptionnelle le 16 mars 2006 et votées lors de la séance du 4 avril 2006.
[7] « Guide de formation à la gestion du risque » URCAM du Centre, 2006.

[21] A titre d'exemples :

- **Le macro processus « actions vers les assurés et sur la demande de soins »** recouvre cinq actions : campagnes d'information sur le bon usage des médicaments, campagnes d'information sur le respect de la réglementation, campagnes de vaccination, information sur les thèmes de prévention (alcool, tabac,), orientation des assurés dans le système de soins.

- **Le macro processus « offre de soins »** recouvre une seule action : actions visant à modifier l'offre de soins ambulatoires et hospitaliers dans la circonscription, accompagnement de réseaux, regroupement de cabinets, cabinets secondaires, maisons médicales, permanence des soins, incitation à l'installation ciblée de professionnels de santé.

[22] Cet élargissement du concept de gestion du risque n'est pas en soi contestable puisque la maîtrise des dépenses de santé est bien un enjeu majeur pour la puissance publique. En revanche les règles retenues pour sa mise en œuvre posent problème, car sur ce point le texte de la COG reste très imprécis. Il ne définit pas clairement ni les contributions attendues respectivement de l'Etat et de l'assurance maladie, ni le *modus operandi* pour la mise en œuvre des objectifs lorsque la compétence est partagée entre l'Etat et la CNAMTS.

### *1.2. La COG est trop imprécise sur le partage des rôles entre l'Etat et l'assurance maladie dans la conduite des actions de gestion du risque*

[23] Les engagements en matière de gestion du risque sont classés en six thèmes. Ils sont au nombre d'une centaine répartis entre chacun des acteurs l'Etat, la CNAMTS ou les deux ensemble.

#### 1.2.1. La COG comprend des engagements trop souvent imprécis

[24] Le tableau ci après montre le faible nombre d'engagement de l'Etat, et la part relativement importante des actions partagées entre l'Etat et la CNAMTS.

[25] La COG instaure une ambiguïté sur le partage des responsabilités pour un bon tiers des objectifs. Cette imprécision se caractérise par la formule « *l'Etat et la CNAMTS …* » qui est très fréquemment utilisée dans les deux thèmes relatifs à l'efficience des soins et à l'organisation des soins, dans lesquels l'Etat a de larges compétences.

[26] Le tableau suivant récapitule les thèmes d'engagement et la répartition des acteurs pour chacun de ces thèmes.

Tableau 2 : Répartition par la COG des engagements sur les objectifs de gestion du risque

| Thèmes | CNAMTS seule | Etat seul | Compétences partagées | Total des engagements |
|---|---|---|---|---|
| 1. Prévention information des assurés | 20 engagements | 2 engagements | 6 engagements | **28** |
| 2. Lutte contre la précarité et les inégalités | 9 engagements | 0 engagement | 3 engagements | **12** |
| 3. Efficience des soins | 12 engagements | 0 engagement | 10 engagements | **22** |
| (Dont maîtrise médicalisée) | (1 engagement) | (0 engagement) | (3 engagements) | **(4)** |
| (Dont formation professionnels) | (0 engagements) | (0 engagement) | (3 engagements) | **(3)** |
| (Dont diffusion bonnes pratiques PS libéraux) | (6 engagements) | (0 engagement) | (0 engagement) | **(6)** |
| (Dont diffusion bonnes pratiques PS hospitaliers) | (1 engagement) | (0 engagement) | (4 engagements) | **(4)** |
| (Dont diffusion bonnes pratiques PS médico social) | (1 engagement) | (0 engagement) | (0 engagement) | **(1)** |
| (Dont Information des assurés) | (5 engagements) | (0 engagement) | (0 engagement) | **(5)** |
| 4. Organisation des soins | 5 engagements | 1 engagement | 17 engagements | **23** |
| 5. Périmètre de prise en charge et tarification | 5 engagements | 1 engagement | 2 engagements | **8** |
| 6. Lutte contre la fraude | 11 engagements | 1 engagement | 4 engagements | **16** |
| **Total** | **62** | **5** | **42** | **109** |

*Source : mission*

### 1.2.2. La COG ne précise pas les leviers d'action respectifs de l'Etat et de la CNAMTS dans la gestion du risque

[27] Les engagements de la COG ne précisent pas les leviers d'action que l'Etat ou la CNAMTS doivent mettre en œuvre pour les tenir. Qu'il s'agisse des conventions avec les professionnels de santé pour la CNAMTS, des lois de financement de la sécurité sociale pour l'Etat, ces leviers devraient être précisés afin de rendre plus opérationnels les engagements.

[28] Les actions de gestion du risque ont trois sources :

- Certaines relèvent de l'Etat, les leviers d'actions législative ou réglementaire ;
- Certaines relèvent de la CNAMTS, les leviers des conventions négociées avec les professionnels de santé, et des actions propres (dites hors convention) ;
- D'autres suppose une action combinée de l'Etat et de l'assurance maladie, réglementation pour l'Etat, financement pour la CNAMTS.

[29] Les actions de maîtrise médicalisée des dépenses[8], qui ont été définies dans la convention conclue le 12 janvier 2005 entre l'UNCAM et les syndicats de médecin, sont introduites dans la COG. Elles font partie des engagements propres de la CNAMTS. Pour toutes les autres actions notamment celles relatives à l'hôpital, au déploiement des bonnes pratiques professionnelles et à la formation pour ne citer que quelques exemples, la responsabilité de l'Etat et de la CNAMTS est partagée sans que l'on sache précisément les actions respectives de l'Etat et de la CNAMTS qui sont attendues sur ces points.

[30] Pourtant, en amont de la préparation de la COG, un document de clarification des compétences respectives entre l'Etat et l'assurance maladie a été soumis au conseil de la CNAMTS.

**Présentation des orientations de la gestion du risque**
**Document soumis au conseil du 2 juin 2005**

« En ce qui concerne le champ global de compétence de l'Assurance Maladie, il est possible de dresser la typologie suivante :

**1/ce qui relève de sa responsabilité propre** :

les relations conventionnelles avec les professions de santé libérale et les centres de santé ;
l'information aux assurés, aux professionnels de santé et aux entreprises ;
la définition d'une partie du périmètre de soins remboursables,
le contrôle.

**2/ce qui relève d'une responsabilité partagée, notamment avec l'Etat, les collectivités territoriales et les instances représentatives des professionnels :**

la prévention et l'éducation à la santé ; la répartition des compétences reste dans ce domaine insuffisamment précise ;

la politique du médicament ; après l'intervention d'agences telles que l'AFSSAPS et la Haute autorité de santé, le contrôle du respect des règles de prescription et des indications de remboursement relève principalement de la compétence de l'Assurance Maladie ; la politique des prix est de la responsabilité du CEPS, l'Assurance Maladie obligatoire ayant 3 représentants sur 10 membres.

La politique hospitalière ; l'Assurance Maladie occupe la moitié des sièges des commissions exécutives des ARH et fournit la majeure partie de leurs moyens de fonctionnement ; elle est représentée au comité de l'hospitalisation et dans les CROSS ; enfin, l'Assurance Maladie a un pouvoir de contrôle exercé par le service médical et, en ce qui concerne la tarification, les caisses locales.

Les référentiels de bonne pratique et l'évaluation des professionnels ; si la responsabilité du pilotage de ces sujets n'appartient pas à l'Assurance Maladie, celle-ci a une fonction de support, de propositions, de diffusion et d'incitation au respect des référentiels de bonne pratique.

La démographie médicale et paramédicale ; l'Assurance Maladie a un pouvoir d'avis sur les numerus clausus et elle est coresponsable de la politique d'incitation à une meilleure répartition de l'offre de soins dans le domaine ambulatoire.

La planification de l'offre de soins, par les décisions prises à ce sujet au sein des MRS et des commissions exécutives des ARH. ;

La politique médico-sociale ; l'Etat gère les moyens issus de l'ONDAM, après un avis au niveau local des caisses d'assurance maladie.

**3/les domaines qui peuvent donner lieu à propositions :**
La formation des professionnels de santé ;
La sécurité sanitaire ;
Et plus globalement, le cadre législatif et réglementaire en cadrant le système de soins et de prévention.

[31] Le texte de la COG a bien repris l'ensemble des compétences listées dans ce document mais n'a pas pris en compte la répartition de ces compétences pour préciser les conditions de mise en œuvre.

[8] Ce volet a fait l'objet d'un bilan par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) en juillet 2009.

**Recommandation n°23 : Préciser les conditions de mise en œuvre opérationnelle des engagements qui relèvent d'une compétence partagée entre l'Etat et l'assurance maladie. A défaut ne pas contractualiser sur un champ large mais sur le seul champ des compétences propres de la CNAMTS.**

#### 1.2.3. La COG n'articule qu'imparfaitement les engagements de gestion du risque avec le respect de l'ONDAM

[32] Depuis les ordonnances de 1996, la politique de maîtrise des dépenses de santé passe par le respect d'un objectif de dépenses d'assurance maladie, l'ONDAM fixé annuellement par le Parlement dans les lois de financement de la sécurité sociale.

[33] La loi donne au directeur général de la CNAMTS un pouvoir en la matière. L'article L. 221-3-1 du CSS dispose que « *Le directeur général prend les décisions nécessaires au respect des objectifs de dépenses fixés par le parlement. Il informe dans les meilleurs délais, outre le conseil de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les commissions compétentes des assemblées, le ministre chargé de la sécurité sociale et le comité d'alerte (...)* ». Cet article n'a pas trouvé son application.

[34] De plus, le rôle de la contractualisation entre l'Etat et la CNAMTS dans le respect des objectifs de dépenses n'apparait pas clairement. Les engagements inscrits dans la COG précisent bien les actions à conduire dans tous les domaines de la gestion du risque, mais les résultats attendus de la CNAMTS ne sont quantifiés que pour deux sous objectifs de l'ONDAM, relatifs aux enveloppes « soins de ville » et « produits de santé ». Le suivi de l'ONDAM dans toutes ses composantes se fait hors COG dans des réunions dites de « suivi de l'ONDAM ».

[35] Enfin, la question de l'articulation de la contractualisation pluriannuelle avec les objectifs annuels se pose. L'adaptation annuelle des engagements pour tenir compte soit des mesures prises dans la LFSS, soit des avenants aux conventions passés par la CNAMTS avec des professionnels de santé n'a pas été réalisée. La loi prévoit des avenants annuels à la COG[9] qui n'ont pas été mis en œuvre sur la période de contractualisation. Il faut noter que cette logique d'avenants annuels est appliquée par la CNAMTS dans ses relations avec les organismes locaux : les contrats pluriannuels de gestion (CPG) sont modifiés chaque année par avenant sur le seul domaine de la gestion du risque.

### *1.3. La COG comprend des engagements trop nombreux, ce qui nuit à la qualité du suivi par ailleurs insuffisant tant dans sa régularité que dans sa méthode*

#### 1.3.1. Des engagements trop nombreux dont seuls une dizaine font l'objet de suivi

[36] Le nombre d'engagement souscrits par les parties à la COG en cours est très important. La mission les estime à plus de 200, dont une centaine sur la gestion du risque. La pièce jointe en annexe retrace ces engagements tels que la mission a pu les identifier. Seulement quelques uns font l'objet d'un échéancier, d'objectifs et d'indicateurs de suivi. De sorte que tous les autres relèvent plus d'une déclaration de principe que de la mise en place d'un processus devant déboucher sur leur mise en œuvre.

[9] L'article L.227-1 dispose « *ces conventions …déterminent également 1° les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution de chaque convention, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale* »

[37] Alors que la mission a comptabilisé près de cent engagements sur la gestion du risque, les parties à la convention, l'Etat et CNAMTS n'en retiennent que huit lors de la première réunion de suivi concerté sur la bilan de l'exercice 2006 qui s'est tenue en juin 2007 [10], puis onze pour le bilan de l'exercice 2007 lors de la réunion du 5 mai 2008[11]. Les points ajoutés en 2008 pour le bilan 2007 sont relatifs au contrôle : liquidation médico-administrative, mise sous accord préalable et récupération d'indus.

Tableau 3 : Tableau des engagements du chapitre 1 qui font l'objet d'un suivi concerté

| | Engagement COG | responsable | échéances |
|---|---|---|---|
| 1 | Développer un système d'information sur le système de santé, les caractéristiques de l'offre de soins, prix, qualité | CNAMTS | Par étapes |
| 2 | Généraliser le dispositif info soins | CNAMTS | 31 12 2006 |
| 3 | Mettre en œuvre une politique de prévention reposant sur le médecin traitant | CNAMTS | 2ème semestre 2006 |
| 4 | Développer les programmes personnalisés de prévention pour les personnes atteintes de pathologie chronique | État + CNAMTS | 31 12 2007 |
| 5 | Actualiser l'arrêté du 26 10 95 relatif aux prestations supplémentaires et aux aides versées par les CPAM | État + CNAMTS | 31 12 2007 |
| 6 | Mettre en œuvre les programmes de maîtrise médicalisée hospitalière et sur les transports | État + CNAMTS | 2006 |
| 7 | Renforcer l'adéquation offre/demande de soins par définition des zones déficitaires | État + CNAMTS | 2006 |
| 8 | Conclusion convention CNSA CNAMTS | CNAMTS | 31 12 2006 |
| 9 | Mise en place de l'historique de remboursement | CNAMTS | 30 06 2006 |
| 10 | Annexe à la COG sur les objectifs fixés aux UGECAM | CNAMTS | 2ème semestre 2006 |
| 11 | Réviser le dispositif d'entente préalable | État + CNAMTS | 2ème semestre 2007 |

*Source : DSS CNAMTS réunions de suivi de la COG juin 2007 et mai 2008*

[38] Sachant que la COG comprend pour la gestion du risque le suivi de quatorze indicateurs, il est possible de conclure qu'une quinzaine d'engagements sur une centaine sont de portée opérationnelle. Le responsable ou chef de file pour l'action est précisé ainsi que le calendrier pour l'atteinte des résultats et l'indicateur de résultat.

### 1.3.2. Un suivi défaillant dans sa méthode et dans sa périodicité

[39] Le chapitre 4. 1 de la COG définit les modalités de suivi et d'évaluation des engagements. « *Ce suivi repose sur des indicateurs figurant en annexe et sur tout autre élément permettant d'apprécier la mise en œuvre des engagements* ».

[40] Pour la gestion du risque les indicateurs n'ont fait l'objet que d'un seul point de suivi entre les directions du ministère et la CNAMTS en Juin 2008 sur les exercices 2006 et 2007[12]. Ces indicateurs sont les suivants :

[10] Suivi de la COG CNAMTS 2006. Compte rendu des réunions de suivi des objectifs du 4 juin 2007
[11] Suivi de la COG CNAMTS 2007. Compte rendu des réunions de suivi des objectifs du 4 mai 2008
[12] Le bilan de l'exercice 2008 n'était pas disponible au moment des investigations de la mission.

Tableau 4 : Indicateurs de suivi des engagements de gestion du risque

| **Indicateurs globaux** | 2006 | | 2007 | |
|---|---|---|---|---|
| | **objectif** | **résultat** | **Objectif** | **résultat** |
| Evolution de l'ONDAM | +2,4% | +2,6% | +2,5% | +4,1% |
| Evolution de l'objectif de soins de ville hors produits de santé | +3,2% | +3,6% | +3,2 % | 4,0% |
| Evolution en valeur de l'objectif « produits de santé » | -3,3% | +2,9% | -2,6 % | +5,3% |
| **Prévention** | | | | |
| Nombre de médecins mobilisés par une action de l'AM dans le programme de prévention impliquant les médecins traitants | 90,0% | 103,0% | 90,0% | 101,7% |
| Nombre de programmes de prévention impliquant le médecin traitant ayant atteint l'objectif quantifié de l'indicateur précédent/nombre de programmes de prévention | 10,0% | ND | 100,0% | 67,0% |
| **Iatrogénie** | | | | |
| Part des personnes de plus de 65 ans ayant eu un remboursement de benzodiazépine à demi-vie longue | | 6,30% | | 6,10% |
| Part des personnes de plus de 65 ans ayant eu un remboursement de vasodilatateur | | 9,10% | | 8 ,30% |
| Nombre d'instaurations de traitements de benzodiazépine à demi-vie longue | | 466 473 | | 466 570 |
| Pourcentage de patients atteints de maladies chroniques bénéficiant d'un dispositif d'accompagnement | - | - | - | - |
| **Actions de maîtrise médicalisée** | | | | |
| Evolution du nombre de jours indemnisés sur IJ | -3,7% | -3,90% | -2,7% | +1,9 % |
| Taux de substitution des génériques | 70,0% | 70,5% | 70% | 82,20 % |
| Evolution du ratio OBZ des médecins en ville et à l'hôpital | -2,0% | 0,6% | -2,0% | -0,8% |
| Taux de médecins modifiant leur comportement suite à des actions de la CNAMTS | NB | | ND | |
| **Organisation du système de soins** | | | | |
| Taux d'assurés hors CMU ayant désigné un médecin traitant | 70,0% | 77,2% | 90,0% | 81,0 0% |
| Taux de bénéficiaires CMU ayant désigné un médecin traitant | 8,0% | 68,8% | 80,0% | 76,6% |
| Taux d'évolution des prescriptions hospitalières en ville hors rétrocession | | +8,8% | -6, 5% | + 7,6% |
| **Amélioration des contrôles** | | | | |
| Taux de contrôle des établissements ciblés | 90 % | 98, 9 % | 90 % | 91,1 % |
| Evolution du nombre de médecins généralistes gros prescripteurs d'arrêts de travail maladie | -20 % | | -40 % | - 8,2 % |
| **Taux de récupération des indus** | | | | |
| Taux d'indus constatés sur les processus de production | | Invalidité 0.19% PNE 0.41% | | Invalidité 0.14% PNE 0.36% |
| Taux de recouvrement des indus | | Invalidité 40.4% PNE 95.17% | | Invalidité 72.05% PNE 95.04% |

*Source : Bilan 2007de la COG/ DSS et CNAMTS*

[41] Ce tableau montre pour les deux exercices concernés, que certains indicateurs n'ont pas été servis (comme le nombre de patients atteints de maladie chronique bénéficiant d'un accompagnement) ou ne sont pas calculés (comme le nombre de médecins ayant modifié leur comportement suite à des actions de la CNAMTS).

[42] L'article 4.1 de la COG précise en outre que « chaque année, l'Etat et la CNAMTS établissent dans un document commun, le bilan d'étape présenté au conseil de la CNAMTS et au conseil de surveillance ». Intervenant pour l'évaluation de la COG en 2009, la mission n'a pu s'appuyer que sur un seul bilan celui portant sur l'année 2007, première année de mise en œuvre de la convention, qui a été signée en août 2006.

**Recommandation n°24 : Réduire le nombre d'objectifs et en assurer un suivi régulier sur toute la durée de la COG. Ceci suppose aussi une mise en cohérence des objectifs à suivre et des indicateurs utiles au suivi.**

## 2. LES EFFECTIFS AFFECTES A LA GESTION DU RISQUE CONNAISSENT UNE NETTE PROGRESSION

[43] Depuis 2005, les organismes de l'Assurance maladie se sont organisés par pôles d'activités. Cette organisation se retrouve avec des spécificités dans chacun des organismes du réseau en charge de la mission de gestion du risque : les CPAM, les CRAM, les DRSM, les URCAM.

[44] Au niveau national, les outils du contrôle de gestion permettent de mesurer la répartition des effectifs selon les activités dans les quatre réseaux de l'assurance maladie selon les fonctions assurées. Celles-ci sont au nombre de quatre : la production, la logistique, la relation clients et la régulation qui recouvre les actions de gestion du risque.

[45] Ces données de comptabilité analytique comportent inévitablement des biais. Elles sont néanmoins retenues pas la mission pour donner des ordres de grandeur sur les moyens humains affectés aux différentes activités de l'assurance maladie dans chaque organisme.

### *2.1. Les effectifs affectés à la gestion du risque ont augmenté dans un contexte de diminution générale*

[46] Alors que les effectifs globaux de l'assurance maladie ont diminué de l'ordre de 5 000 ETP (5 110 exactement si l'on prend en compte les CDI et les CDD) sur la période 2005 à 2008, ceux qui ont été affectés à la gestion du risque ont crû de l'ordre de mille ETP.

Tableau 5 : Evolution des effectifs totaux selon les catégories d'organismes de l'assurance maladie

| Organismes | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | Variation d'effectifs | Evol 05-06 | Evol 06-07 | Evol 07-08 | Evol 05-08 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CGSS | 1 866,0 | 1 866,0 | 1 847,0 | 1 868,0 | 2,0 | 0,0% | -1,0% | 1,1% | 0,1% |
| CNAMTS | 1 951,0 | 1 920,0 | 1 925,0 | 1 947,0 | -4,0 | -1,6% | 0,3% | 1,1% | -0,2% |
| CPAM | 62 854,0 | 61 185,0 | 59 554,0 | 58 906,0 | -3 948,0 | -2,7% | -2,7% | -1,1% | -6,3% |
| CRAM | 6 218,0 | 6 113,0 | 5 943,0 | 5 858,0 | -360,0 | -1,7% | -2,8% | -1,4% | -5,8% |
| CTI | 616,0 | 598,0 | 589,0 | 582,0 | -34,0 | -2,9% | -1,5% | -1,2% | -5,5% |
| DRSM | 9 584,0 | 9 368,0 | 9 119,0 | 8 821,0 | -763,0 | -2,3% | -2,7% | -3,3% | -8,0% |
| URCAM | 308,0 | 318,0 | 312,0 | 305,0 | -3,0 | 3,2% | -1,9% | -2,2% | -1,0% |
| **Total** | **83 397,0** | **81 368,0** | **79 289,0** | **78 287,0** | **-5 110,0** | **-2,4%** | **-2,6%** | **-1,3%** | **-6,1%** |

*Source : CNAMTS effectif en ETP annuels rémunérés*

[47] Les CPAM ont vu leurs effectifs diminuer comme la moyenne soit -6,3% contre -6,1% pour l'ensemble de la branche. Ce sont les DRSM qui enregistrent le taux de diminution le plus fort (8%) avec une diminution de 763 ETP.

[48] Concernant la gestion du risque, l'augmentation globale, est concentrée sur les CPAM (+30%). Les effectifs des DRSM et URCAM restent stables alors que ceux des CRAM chutent nettement (-8%).

Tableau 6 : Evolution des effectifs affectés à la gestion du risque selon les catégories d'organismes de l'assurance maladie

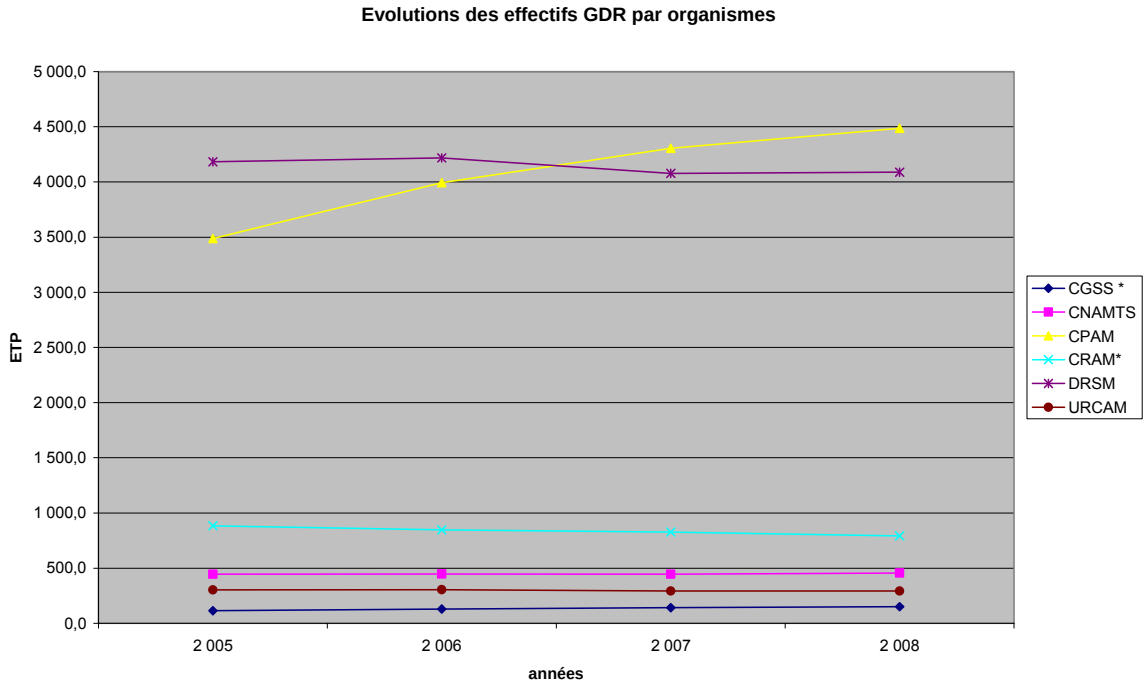
| Organismes | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 06/05 | 07/06 | 08/07 | 08/05 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CGSS | 121,2 | 138,4 | 149,0 | 158,5 | 17 | 11 | 10 | 37 | 30,8% |
| CNAMTS | 448,7 | 451,2 | 452,4 | 457,5 | 2 | 1 | 5 | 9 | 2,0% |
| CPAM | 3 587,5 | 4 123,7 | 4 434,4 | 4 677,0 | 536 | 311 | 243 | 1 090 | 30,4% |
| CRAM* | 885,2 | 859,8 | 844,4 | 812,1 | -25 | -15 | -32 | -73 | -8,3% |
| DRSM | 4 230,3 | 4 297,7 | 4 177,5 | 4 167,0 | 67 | -120 | -10 | -63 | -1,5% |
| URCAM | 308,0 | 318,0 | 312,0 | 305,0 | 10 | -6 | -7 | -3 | -1,0% |
| **REGULATION total** | **9 581** | **10 189** | **10 370** | **10 577** | **608** | **181** | **208** | **996** | **10,4%** |

*Source : CNAMTS (* CRAM (hors AT-MP et vieillesse)*

[49] Cette évolution recouvre sans doute la mise en place des délégués de l'assurance maladie (DAM) qui ont été affectés dans les CPAM.

[50] Sur la période, les évolutions respectives des effectifs des CPAM et des DRSM montrent un effet de ciseaux : A partir de 2007, les effectifs des CPAM affectés à la régulation sont supérieurs à ceux qui sont affectés dans les DRSM. Le graphique ci-dessous montre cet effet

Graphique 1 : Evolution des effectifs GDR par organismes




### 2.2. *En structure, le poids de l'activité de gestion du risque est très variable selon les organismes*

[51] Au delà des URCAM dont la seule mission concerne la gestion du risque et qui voient 100% de leurs effectifs affectés à la régulation, les DRSM sont le réseau le plus impliqué (47%), puis la CNAMTS (23%), les CRAM (14%) et enfin, les CPAM pour 8% en 2008.

Tableau 7 : Poids des effectifs affectés à la régulation

| | Organismes | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|
| **REGULATION** | CGSS | **6,49%** | **7,42%** | **8,07%** | **8,48%** |
| | CNAMTS | **23,00%** | **23,50%** | **23,50%** | **23,50%** |
| | CPAM | **5,71%** | **6,74%** | **7,45%** | **7,94%** |
| | CRAM | **14,24%** | **14,06%** | **14,21%** | **13,86%** |
| | DRSM | **44,14%** | **45,88%** | **45,81%** | **47,24%** |
| | URCAM | **100,00%** | **100,00%** | **100,00%** | **100,00%** |
| | **REGULATION total** | **11,57%** | **12,58%** | **13,09%** | **13,61%** |

[52] Si l'on examine l'ensemble des activités assurées par chaque type d'organismes, le poids des activités diffère nettement. L'activité de régulation n'est l'activité principale que du réseau des DRSM.

### 2.2.1. Pour les CPAM, l'activité principale est celle de « production »

[53] Le tableau suivant issu de la comptabilité analytique de la CNAMTS illustre bien le poids des activités de production au sein du réseau des CPAM.

Tableau 8 : Evolution de la répartition des effectifs dans les CPAM

| Activités | CPAM 2005 | CPAM 2008 |
|---|---|---|
| **Production** | 55,47 | 51,47 |
| **Fonctions support** | 22,34 | 22,38 |
| **Relation Clients** | 16,49 | 18,22 |
| **Régulation** | 5,71 | 7,94 |
| | 100 | 100 |

*Source : CNAMTS*

### 2.2.2. Pour les CRAM, l'activité principale est celle des « relations clients »

[54] Le poids des relations clients dans les CRAM, s'explique notamment par le rattachement à cet échelon du service social de la branche qui intervient auprès des assurés au regard des quatre risques gérés : la maladie, la maternité, l'invalidité, et le décès.

Tableau 9 : Evolution de la répartition des effectifs relevant de la branche maladie dans les CRAM

| Activités | CRAM 2005 | CRAM 2008 |
|---|---|---|
| **Production** | 7,93 | 8,09 |
| **Fonctions support** | 21,00 | 21,53 |
| **Relation Clients** | 56,83 | 56,52 |
| **Régulation** | 14,24 | 13,86 |
| | 100,00 | 100,00 |

*Source : CNAMTS*

### 2.2.3. Pour les DRSM, l'activité principale est celle de « régulation »

[55] Les DRSM qui coordonnent au niveau régional l'activité des praticiens conseils du régime général ont bien comme fonction dominante celle de régulation.

Tableau 10 : Evolution de la répartition des effectifs des DRSM

| Activités | DRSM 2005 | DRSM 2008 |
|---|---|---|
| **Production** | 18,03 | 15,80 |
| **Fonctions support** | 31,29 | 29,34 |
| **Relation Clients** | 6,54 | 7,62 |
| **Régulation** | 44,14 | 47,24 |
| | 100,00 | 100,00 |

*Source : CNAMTS*

[56] L'analyse par la comptabilité analytique met en évidence la mobilisation d'effectifs selon les différentes fonctions des caisses. Elle montre l'importance en termes d'effectifs de la fonction de production pour les CPAM, celle de relation Clients pour les CRAM et celle de régulation pour les DRSM.

## *2.3. Au niveau territorial, une analyse conduite en Rhône-Alpes montre que la mobilisation des CPAM sur la période 2006-2008 est significative*

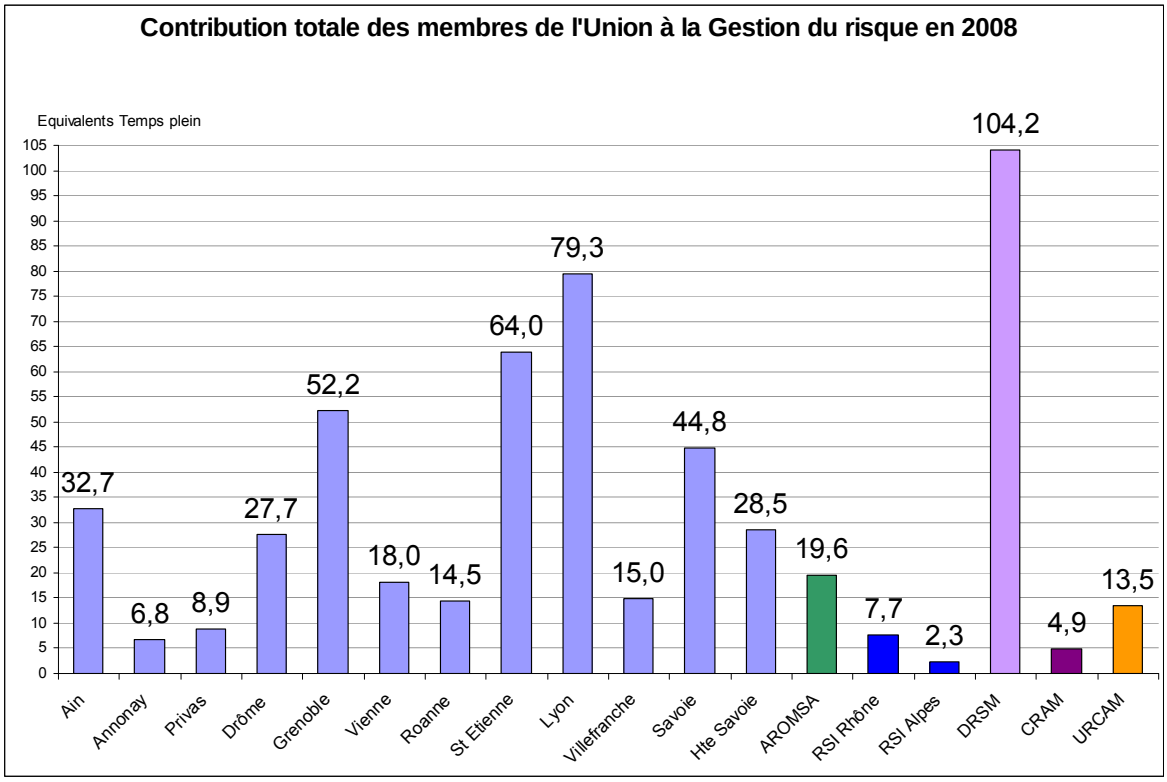
[57] La mission s'est rendue dans deux régions celles du Centre et de Rhône-Alpes pour vérifier les conditions de mise en œuvre des priorités définies au niveau national dans la COG et déclinées par chaque réseau territorial au moyen de contrats pluriannuels de gestion (CPG).

### 2.3.1. L'hétérogénéité des moyens affectés à la gestion du risque

[58] L'URCAM de la région Rhône Alpes qui est chargée de la coordination de la gestion du risque retrace dans ses rapports d'activités[13] les moyens affectés par chaque régime et au sein du régime général par chaque organisme. Le tableau ci-dessous retrace les effectifs par organismes pour l'exercice 2008.

[13] Rapport sur l'activité en gestion du risque des membres de l'union pour 2008.

Graphique 2 : Contribution des organismes des trois régimes aux actions de gestion du risque en Rhône-Alpes en 2008




*Source : URCAM Rhône-Alpes*

[59] Ces travaux montrent le faible poids des régimes agricole et indépendant au regard de l'implication du régime général dans la gestion du risque : le régime agricole consacre moins de 20 ETP à la gestion du risque, et le régime des indépendants près de 10 ETP sur l'exercice 2008.

[60] Ils montrent également, les moyens affectés varient fortement selon les caisses, de 6,8 ETP pour la caisse d'ANNONAY à 79.3 pour la CPAM de LYON, dans la région Rhône-Alpes. Le tableau ci-après décrit la répartition des effectifs par caisse et par type d'action de régulation.

Tableau 11 : Répartition des effectifs au sein des caisses du régime général de la région Rhône-Alpes

| **TOTAL CPAM effectifs par activités au sein de la fonction « régulation »** | **Ain** | **Annonay** | **Privas** | **Drôme** | **Grenoble** | **Vienne** | **Roanne** | **St Etienne** | **Lyon** | **Villefranche** | **Savoie** | **Hte Savoie** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Action vers les assurés 56** | 3,7 | 0,6 | 0,6 | 3,6 | 16,5 | 2,1 | 1,0 | 7,8 | 8,3 | 0,8 | 8,1 | 3,0 |
| **Relations avec les professionnels de santé 124** | 12,2 | 2,5 | 2,5 | 9,7 | 15,6 | 5,4 | 5,8 | 18,5 | 25,1 | 3,5 | 11,0 | 12,0 |
| **Actions sur l'offre de soins 10** | 1,5 | 0,2 | 0,3 | 0,7 | 2,3 | 0,3 | 0,3 | 1,5 | 1,2 | 0,3 | 1,3 | 0,5 |
| **Actions surveillance du système de santé 34** | 1,9 | 1,0 | 1,0 | 3,6 | 1,0 | 2,4 | 2,3 | 5,2 | 4,3 | 2,3 | 7,4 | 2,0 |
| **Actions de contrôle et de contentieux 168** | 13,4 | 2,5 | 4,5 | 10,1 | 16,8 | 7,8 | 5,2 | 31,0 | 40,5 | 8,1 | 17,0 | 11,0 |
| **Total toutes actions 392,37** | 32,7 | 6,8 | 8,9 | 27,7 | 52,2 | 18,0 | 14,5 | 64,0 | 79,3 | 15,0 | 44,8 | 28,5 |

*Source : URCAM Rhône-Alpes*

[61] La faiblesse des effectifs sur certaines activités appelle clairement à une mutualisation entre caisses voir au niveau régional comme l'exerce déjà pour les effectifs médicaux les directions régionales du service médical.

### 2.3.2. Le poids des CPAM dans les effectifs mobilisés sur les actions de gestion du risque est important et en nette progression

[62] L'ensemble des douze CPAM de la région mobilisent prés de 393 ETP pour les actions de gestion du risque en 2008, la DRSM 104 ETP, la CRAM 4,9 et l'URCAM 13,5 ETP. Le tableau ci-dessous récapitule les moyens de chaque organisme du régime général pour l'exercice 2008 dans la région Rhône – Alpes.

Tableau 12 : Evolution des moyens affectés à la gestion du risque par organismes

| Années<br>ETP par organismes | Douze CPAM | DRSM | CRAM | URCAM | TOTAL RG |
|---|---|---|---|---|---|
| 2005 | 238,3 | 95,2 | 10,0 | 10,0 | 353,5 |
| 2006 | 314,6 | 76,5 | 6,5 | 12,10 | 409,7 |
| 2007 | 378,9 | 83,2 | 4,9 | 13,5 | 480,5 |
| 2008 | 392,4 | 104,2 | 4,9 | 13,5 | 514,9 |
| évolution 2008/2005 en % | 64,7% | 9,4% | -51,0% | 35,0% | 45,7% |

*Source : URCAM Rhône-Alpes rapport d'activité 2008*

[63] Ces éléments montrent la très forte progression des effectifs mobilisés en Région Rhône-Alpes sur la gestion du risque, progression qui est très nette pour les CPAM, alors que les moyens de la CRAM baissent notablement.

### 2.3.3. Des axes prioritaires d'intervention variable selon les régimes

[64] L'état des lieux effectué par l'URCAM sur la région Rhône-Alpes montre des priorités d'actions en matière de gestion du risque différentes selon les régimes.

Tableau 13 : Priorités d'action selon les régimes

| ETP par activités au sein de la fonction de régulation | TOTAL RA | % | AROMSA | % | RSI | % | Total RG | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Actions vers les assurés et la demande de soins | 72,1 | 13,2 | 11,7 | 59,7 | 1,3 | 26,8 | 59,2 | 11,4 |
| Accompagnement des PS et vie conventionnelle | 146,3 | 26,9 | 0,5 | 2,6 | 0,0 | 0,7 | 145,7 | 28,0 |
| Actions sur l'offre de soins | 23,8 | 4,4 | 1,1 | 5,6 | 0,2 | 4,4 | 22,5 | 4,3 |
| Surveillance et suivi du système de santé | 40,8 | 7,5 | 1,5 | 7,7 | 1,1 | 23,3 | 38,2 | 7,3 |
| Actions de contrôle ciblé et de contentieux | 261,6 | 48,0 | 4,8 | 24,5 | 2,1 | 44,8 | 254,7 | 49,0 |
| Année 2008 | 544,6 | 100,0 | 19,6 | 100,0 | 4,7 | 100,0 | 520,3 | 100,0 |

*Source : URCAM Rhône-Alpes*

[65] Le régime agricole privilégie nettement les actions vers ses assurés et la demande de soins. Le RSI comme le régime général privilégient les actions de contrôle. Seul le régime général a une action significative envers les professionnels de santé.

### 2.3.4. Les spécificités des différentes catégories d'organismes du régime général

[66] Les statistiques établies par l'URCAM en 2008 montrent que chaque réseau d'organismes intervient selon des priorités différentes :

- tous les organismes privilégient les actions de contrôle, au premier rang desquels la DRSM ;
- la DRSM privilégie en second rang l'accompagnement des professionnels de santé ;
- la CRAM intervient en second rang sur l'activité relative à l'offre de soins ;
- les CPAM interviennent comme la DRSM en second rang sur l'accompagnement des professionnels de santé et en troisième rang sur l'action envers les assurés.

Tableau 14 : Répartition des effectifs de la gestion du risque selon les catégories d'organismes

| Axes | Total RG | % | DRSM | % | CRAM | % | URCAM | % | CPAM | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Actions vers les assurés et la demande de soins | 59,2 | 11,4 | 0,9 | 0,9 | 0,0 | 0,0 | 2,0 | 14,8 | 56,3 | 14,2 |
| Accompagnement des PS et vie conventionnelle | 145,7 | 28,0 | 18,2 | 17,5 | 12,2 | 12,2 | 3,0 | 22,2 | 123,9 | 31,2 |
| Actions sur l'offre de soins | 22,5 | 4,3 | 6,5 | 6,2 | 32,7 | 32,7 | 4,0 | 29,6 | 10,4 | 2,6 |
| Surveillance et suivi du système de santé | 38,2 | 7,3 | 1,1 | 1,0 | 4,1 | 4,1 | 3,0 | 22,2 | 33,9 | 8,5 |
| Actions de contrôle ciblé et de contentieux | 254,7 | 49,0 | 77,5 | 74,4 | 51,0 | 51,0 | 1,5 | 11,1 | 173,2 | 43,6 |
| Année 2008 | 520,3 | 100,0 | 104,2 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 13,5 | 100,0 | 397,7 | 100,0 |

*Source : URCAM Rhône-Alpes*

[67] Il faut noter le poids des activités de contrôle, qu'il s'agisse de contrôles ciblés ou contentieux, qui dominent dans tous les organismes avec un poids tout particulièrement important pour la DRSM. Pour les CPAM, c'est l'activité d'accompagnement des professionnels de santé qui mobilise le plus de moyens après le contrôle. Enfin, la CRAM est plus investie dans les activités d'organisation des soins.

[68] Les trois organismes de portée régionale sont spécialisés : l'URCAM sur la coordination, la DRSM sur le contrôle, la CRAM sur l'organisation des soins. Les caisses primaires disposent d'un portefeuille d'activités plus diversifié.

## 3. LA MISE EN PLACE DE PROGRAMMES NATIONAUX DE GESTION DU RISQUE CARACTERISE LA PERIODE 2006 -2009

[69] La mission de l'IGAS a analysé au niveau de la CNAMTS et au niveau de deux régions la conception et la mise en œuvre de plusieurs programmes nationaux. Les constats qu'elle a pu faire montrent que la stratégie affichée dans la COG a été mise en œuvre. Des programmes nationaux conçus par la CNAMTS et correspondants aux objectifs de la COG ont été déclinés dans le réseau.

[70] La mission a concentré son analyse sur les actions de maîtrise médicalisée des dépenses et sur les contrôles de la tarification à l'activité (T2A).

### *3.1. Le développement de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé*

[71] Le concept de maîtrise médicalisée a émergé au début des années 1990 en opposition à celui de simple maîtrise comptable. Ce concept comporte, outre l'idée de la participation à une forme de régulation des dépenses, l'affirmation d'un principe de qualité de la prise en charge des individus. Il a pris une première forme avec les références médicales opposables (RMO) dans les ordonnances de 1996.

Les RMO

Les références médicales opposables ont été, dès leur origine, établies sur des critères scientifiques par les institutions qui ont précédé la HAS (ANDEM puis ANAES à partir de 1997) et par l'AFSSAPS pour les médicaments. Elles avaient pour particularité d'identifier les pratiques de soins inutiles ou dangereuses et constituaient donc des références à incitation négative. Leur libellé commençait souvent par « *Il n'y a pas lieu de…* »).
Ce dispositif a rapidement montré ses limites car si le nombre de médecins qui ne respectaient pas ponctuellement ces références était important, seul un faible nombre (évalué à 2% par des études de la CNAM) dépassaient un ou des seuils d'opposabilité pouvant entrainer des sanctions financières. Au demeurant, les conventions médicales de 1997 qui rendaient opposables ces références ont été annulées par le Conseil d'Etat en 1998.

[72] Trois leviers ont permis le développement de la maîtrise médicalisée des dépenses sur la période de la COG : la création de la Haute Autorité de Santé (HAS) d'une part, la mise en place par la CNAMTS d'un outil d'information directe des professionnels de santé, enfin la contractualisation individuelle de l'assurance maladie avec les établissements et les professionnels de santé.

#### 3.1.1. Le rôle central de la Haute Autorité de Santé : l'élaboration de référentiels et l'évaluation des pratiques professionnelles

[73] La convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS fonde la maîtrise médicalisée sur l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS). Dans cette perspective, une coordination de l'Etat et de la CNAMTS est instaurée dans le but de permettre à la HAS de prendre en compte leurs demandes d'avis au moment de l'élaboration de son programme annuel.

[74] La HAS, créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a été mise en place le 1er janvier 2005. Elle est essentiellement chargée d'accompagner la décision publique pour optimiser la gestion du « panier » des biens et services médicaux remboursables et d'appuyer les professionnels de santé dans leur exercice clinique pour prodiguer des soins plus efficaces, plus sûrs et plus efficients. La HAS programme ses travaux annuels dans le cadre d'une procédure d'identification et de sélection des thèmes de travail qui sont validés ensuite par son collège. Les thèmes proposés émanent de demandeurs ou d'institutions variés qui comprennent notamment le ministre chargé de la santé et ses services (Direction générale de la santé, DHOS, DSS), les institutions de l'assurance maladie (UNCAM, CNAMTS…) des sociétés savantes ou professionnelles, des réseaux de santé ou des associations de malades ou de professionnels de santé. Les activités de la HAS évoquées dans ce rapport ne sont pas exhaustives et ne concernent, compte tenu des investigations de la mission centrées sur la maîtrise médicalisées, que les actions menées dans ce cadre.

[75] La HAS assure une information vers les professionnels de santé et le grand public par la mise à disposition de ses productions sur des sites internet et des publications spécifiques. Ainsi, en 2007, son site internet a fait l'objet de 4 844 visites par jour en moyenne, 603 publications ont été mises à disposition sur ce site et 11 764 téléchargements ont été opérés en moyenne par jour. En outre, la HAS a publié sous son propre timbre des fiches spécifiques et un guide :

- Sur le bon usage du médicament
- De synthèse des recommandations professionnelles
- Sur le bon usage des dispositifs médicaux et des technologies médicales
- sous la forme de guides pour les médecins et les patients en matière d'ALD.

[76] La CNAMTS s'est engagée à assurer la diffusion régulière des bonnes pratiques auprès des professionnels de santé et à en assurer la promotion grâce à l'instrument conventionnel et à ses réseaux administratifs et médical.

#### 3.1.1.1. Une production de référentiels soutenue

[77] L'étude des programmes de travail de la HAS pour les années concernées par la COG montre que dans le domaine de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins la production a été soutenue. A titre d'exemple, on peut noter au titre de l'activité de l'année 2007 l'élaboration de :

- 17 recommandations professionnelles pour la pratique clinique ;
- 22 guides pour les médecins, 4 guides pour les patients concernant les affections de longue durée (ALD) et l'actualisation du guide pour les médecins sur le diabète.

[78] Les demandes de travaux de la CNAMTS (pour lesquels les directions du ministère chargé de la santé sont parfois positionnées en codemandeurs) résultent généralement d'un ciblage de thèmes opéré en fonction des critères suivants :

- impact financier d'un acte important pour les dépenses d'assurance maladie ;
- constatation de pratiques médicales peu rationnelles sur le sujet ;
- comparaisons faisant ressortir des pratiques différentes à l'étranger.

[79] Saisie d'une demande d'avis, la HAS met en œuvre plusieurs méthodologies pour rendre son avis parmi lesquelles figurent l'analyse de la littérature scientifique comprenant les articles français et étrangers et les recommandations des conférences de consensus, la consultation des sociétés savantes et sur un plan général la recherche de toutes les données bibliographiques concernant le sujet traité.

#### 3.1.1.2. La validation de certains référentiels proposés par l'assurance maladie

[80] L'UNCAM ou la CNAMTS peuvent également soumettre des référentiels élaborés par leur service médical à la validation de la HAS en application de l'article L 162-1-7 du code de la santé publique qui prévoit la possibilité d'assortir de conditions particulières certaines prescriptions et notamment, pour les actes réalisés en série de « *préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire* »

[81] La synthèse des commandes de la CNAMTS à la HAS pour l'année 2009 fournie à la mission par la direction générale ne comporte que l'avis défavorable évoqué supra sur la question de la durée de l'arrêt de travail recommandée pour certaines pathologies.

[82] Il arrive rarement, comme en 2009, que la HAS donne un avis défavorable sur une proposition de la CNAMTS. La demande émanait du directeur général de l'UNCAM (également directeur général de la CNAMTS) et concernait la validation de la durée indicative de la prescription d'arrêt de travail pour des situations cliniques précises (lombalgies communes, canal carpien après intervention chirurgicale, ligaments du genou après intervention chirurgicale). Considérant qu'elle ne disposait pas d'argument scientifique pertinent pour apprécier la validité des durées indiquées, la HAS n'a pas estimé devoir approuver le document.

[83] Il faut noter que ce cas a mis en évidence les difficultés auxquelles sont confrontées les deux institutions dans leurs relations ; la saisine du directeur général de l'UNCAM sollicitant la validation ne proposait qu'un délai très court à la haute autorité pour rendre son avis (le document est en date du 28 avril 2009 et précise qu'il est envisagé d'adresser le texte validé dans le courant du mois de mai 2009 aux médecins). Le président de la HAS a indiqué dans sa réponse du 14 mai 2009 que celle-ci ne disposait pas d'argument scientifique pour apprécier la validité des durée d'arrêt de travail proposées et que les délais impartis empêchaient la réalisation des investigations scientifiques nécessaires.

[84] La mission a noté le caractère relativement rare des refus opposés par la HAS aux demandes d'avis ou de validation de l'UNCAM et considère que la crédibilité scientifique de la HAS justifie cette approche méthodologique rigoureuse. Instrument de promotion de la rigueur scientifique dans les pratiques des professionnels de santé, la HAS doit conserver son positionnement indépendant et impartial dans ses activités. Si la mission peut comprendre l'exigence de rapidité de l'UNCAM, elle ne saurait compromettre l'indépendance et la qualité des recommandations sous peine de saper les fondements mêmes de la démarche. Une meilleure organisation des échanges entre les deux institutions serait à la fois le gage d'une mise en œuvre rapide et d'une crédibilité scientifique absolument fondamentale.

[85] En outre, compte tenu de cette exigence, il apparaît à la mission que les travaux sont réalisés dans des délais satisfaisants. La mission a noté la richesse et l'ampleur des sources bibliographiques exigées par la HAS pour asseoir la validité de ses avis. A titre d'exemple, la HAS a, en deux mois (de février à avril 2007), validé des référentiels proposés par l'UNCAM fixant un seuil à partir duquel la poursuite des soins de masso-kinésithérapie nécessitait le recours à la procédure d'entente préalable pour trois situations cliniques (rééducation dans les suites de la libération du nerf médian, de la reconstruction du ligament croisé antérieur du genou et des entorses externes récentes cheville-pied). Pour cette validation, la HAS a procédé à une analyse de la littérature comprenant les recommandations françaises et celles d'origine anglo-saxonnes. En plus de ces données bibliographiques, onze sollicitations d'avis ont été adressées à l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes et aux sociétés savantes qui ont généré six réponses.

#### 3.1.1.3. L'évaluation des pratiques professionnelles

[86] L'optimisation des pratiques médicales constitue une action de longue haleine sur laquelle l'assurance maladie s'est particulièrement mobilisée depuis 1995.

[87] Plusieurs dispositifs incitant les professionnels de santé à rapprocher leur pratique des préconisations et référentiels validés par la HAS et l'AFSSAPS ont été mis en place avec des résultats généralement sensibles mais souvent insuffisants. Ces dispositifs ont en commun de stimuler les motivations des professionnels en combinant dans des proportions variables des mesures incitatives, des contrôles et le cas échéant des sanctions.

[88] Les mesures incitatives reposent sur les référentiels, l'information délivrée par l'assurance maladie dans le cadre de la maîtrise médicalisée, la formation continue et l'évaluation des pratiques.

[89] Indépendamment de la création de l'ANAES puis de la HAS, dans la perspective de pouvoir doter le corps médical de données actualisées sur l'évaluation des techniques diagnostiques et thérapeutiques, les ordonnances de 1996 ont rendu obligatoire la formation continue pour les professions médicales.

[90] Plusieurs rapports de l'IGAS ont constaté les difficultés de mise en place de ce dispositif, qui reposait largement sur la profession elle-même. Le rapport de l'IGAS le plus récent sur le sujet, datant de novembre 2008, n'a pas mis en évidence d'améliorations suffisamment notables pour être en mesure de dresser des perspectives optimistes à court ou moyen terme sur le caractère opérationnel du dispositif.

[91] La loi du 13 août 2004 a créé, en parallèle aux dispositions sur la formation professionnelle citées ci-dessus et qui restent en vigueur, l'obligation pour les médecins de procéder à une analyse de leur pratique professionnelle « selon une méthode élaborée ou validée par la HAS ».

[92] La HAS n'a pas retenu une conception du dispositif inspirée d'un modèle d'évaluation individuelle « sanctionnante » mais s'est orientée vers l'agrément ou l'habilitation de personnes ou de structures de formation censées accompagner les professionnels dans une démarche qui concourt à l'amélioration de leur pratique.

[93] Cette évaluation des pratiques ainsi conçue n'a pas soulevé d'oppositions de la part des organisations représentatives des médecins. Les chiffres des praticiens ayant satisfait à cette obligation ne sont pas connus en raison de l'absence d'installation de la structure chargée de cet enregistrement. En revanche, la HAS est en mesure de préciser que le nombre de médecins impliqués dans des programmes mis en œuvre par des organismes qu'elle a agréé est, en mai 2009, de 17 600.

[94] **La loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 crée la notion de développement professionnel continu**.

[95] Les objectifs du développement professionnel continu sont précisés dans le nouvel article L. 4133-1 du code de la santé publique : « *l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins* ».

[96] L'article L. 4133-2 renvoie à un décret en conseil d'Etat le soin de préciser les modalités selon lesquelles les médecins pourront se soumettre à leurs obligations, le rôle de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu et son financement.

### 3.1.2. Un dispositif d'information des professionnels de santé, les délégués de l'assurance maladie (DAM), a été mis en place en 2003 avec des résultats globalement satisfaisants

[97] L'information des professionnels de santé sur les politiques de l'assurance maladie en matière de maîtrise médicalisée repose sur des contacts réguliers avec les praticiens conseils et les délégués de l'assurance maladie (DAM).

[98] Il est apparu au cours du début des années 2000 que les contacts et relations confraternelles que développait le réseau de praticiens conseil en direction des professions de santé avait atteint ses limites Une délégation de la fonction d'entretiens confraternels à des agents formés sur certaines thématiques médicales et disposant, par ailleurs, d'une aptitude particulière à la communication est alors apparue souhaitable pour démultiplier les efforts d'information du service médical de l'assurance maladie en direction des médecins libéraux.

#### 3.1.2.1. La fonction de DAM a été créée en 2003

Les DAM sont chargés d'assurer une diffusion personnalisée des informations de l'assurance maladie en direction des professions de santé ; cette diffusion d'information personnalisée doit pouvoir, à terme, transformer la perception que peuvent se faire les professionnels de santé de l'assurance maladie et les amener à adhérer à ses objectifs.

[99] Ce nouveau mode d'approche des professions de santé, inspiré par le dispositif de la visite médicale de l'industrie pharmaceutique, nécessitait, outre la formation spécifique des agents affectés à cette mission, la mise au point d'une coordination avec les praticiens conseils qui continuaient à assurer leur mission traditionnelle basée sur les entretiens confraternels.

[100] En règle générale, les échanges entre l'assurance maladie et les professionnels de santé sont répartis entre les praticiens conseils et les DAM en fonction de la difficulté des thèmes abordés. Les praticiens conseils conservent les contacts nécessitant une compétence médicale avérée et se positionnent, par ailleurs, en experts de deuxième niveau pour les DAM.

#### 3.1.2.2. Pour atteindre ses objectifs, la CNAMTS a veillé à encadrer et à sécuriser ce nouveau dispositif

[101] Un référentiel métier a été établi en août 2005. Il précise la mission des DAM : « *le DAM assure auprès des professionnels de santé la promotion de la maîtrise médicalisée au regard des orientations de la politique de santé publique et de la politique du médicament. Il doit les accompagner dans cette démarche en relayant les objectifs issus de la négociation conventionnelle entre l'assurance maladie et les organisations professionnelles ainsi que les recommandations de bonnes pratiques de la HAS et de l'AFSSAPS* ». Ce référentiel métier a été mis à jour en décembre 2008.

[102] La professionnalisation des DAM a été définie par un certificat de qualification professionnelle reconnu par l'UCANSS dès 2005. La formation est réalisée sur une période de 6 mois et repose sur une alternance de cours théorique dispensés dans des centres inter régionaux de formation avec des périodes de stage et la présentation d'un mémoire. L'origine professionnelle des DAM est constituée pour une partie par des agents ayant un passé au sein de l'institution (technicien conseils, délégués SESAM VITALE, agents des plates-formes de services, liquidateurs) ou de personnes recrutées à l'extérieur (dont certains anciens visiteurs médicaux de l'industrie pharmaceutique).

[103] Toutefois, probablement en raison de la progression rapide des effectifs de cette nouvelle profession de l'assurance maladie, un retard a été pris dans la certification des DAM par rapport aux objectifs. Ainsi, à la fin de l'année 2008, seule une moitié des effectifs de DAM étaient certifiés par la procédure décrite supra (un peu plus de 500) et un tiers des effectifs (300) étaient en cours de certification avec l'objectif d'une certification de 80 % de l'effectif fin 2008.

#### 3.1.2.3. Une organisation structurée, mais complexe

[104] L'effectif des DAM est passé de 189 agents en 2003 à 1 018 agents fin 2008.

[105] Les DAM sont des agents des CPAM et sont coordonnés dans chaque caisse par un manageur DAM. Ces manageurs DAM exercent un rôle de coordination, d'évaluation de la qualité des visites des DAM, voire de tutorat. Un agent (généralement cadre de direction d'une CPAM) exerce au niveau régional la fonction de coordination régionale des DAM. Enfin, au niveau de la Direction régionale du service médical, un praticien conseil est désigné comme référent médical des DAM. La complexité de cette organisation découle du choix fait de positionner les DAM dans chacune des CPAM ce qui impose une double coordination entre CPAM d'une part et coordination entre les CPAM et la DRSM.

[106] Un outil informatique dénommé GDR-PS (logiciel de Gestion Du Risque et Professionnels de Santé) est partagé par les praticiens conseils et les DAM afin d'articuler leurs interventions et, notamment, d'éviter les doublons ou rendez-vous rapprochés auprès des médecins libéraux.

[107] Les campagnes nationales annuelles sont organisées localement à partir des instructions définis par la CNAMTS et diffusées par une lettre réseau. Ces lettres réseau annuelles définissent les thèmes d'action mais laissent une certaine place aux initiatives régionales. Les régions dans lesquelles la mission a effectué ses déplacements ont su trouver un équilibre intéressant entre les actions d'initiative nationale et celles décidées à l'échelon régional. Au-delà de la lettre réseau, chaque lancement de campagne donne lieu à une réunion nationale à laquelle sont conviés les deux correspondants régionaux des actions concernées : un praticien conseil et un coordinateur des DAM.

[108] Les principes de base concernant les modes de préparation et de suivi des campagnes qui ont été décrites à la mission dans trois régions différentes sont identiques et basés sur quelques principes simples :

- une visite de DAM chez un médecin ne doit, sauf exception, pas dépasser une durée qui pourrait être de nature à perturber l'emploi du temps de ce dernier.
- une visite ne doit permettre d'aborder que quelques thèmes. En général de un à trois avec parfois un thème principal et un ou deux thèmes secondaires.
- chaque thème fait l'objet d'une formation scientifique dispensée par un praticien conseil et d'un entrainement à la conduite de l'entretien.
- plusieurs documents intitulés « déroulé de la visite DAM », apportant à ce dernier une démarche précise lui permettant de mener l'entretien de façon cohérente et comportant les éléments d'argumentation techniques nécessaires, sont mis au point et diffusés par la CNAM.
- les professionnels à visiter font l'objet d'un ciblage national avec une marge de manœuvre locorégionale laissée à l'appréciation des acteurs locaux.

[109] Depuis 2006, l'activité des DAM ne se limite plus au seul champ des médecins et est étendue en direction d'autres professionnels de santé comme les pharmaciens, les chirurgiens dentistes, les infirmier(e)s, les masseurs-kinésithérapeutes ou les ambulanciers.

#### 3.1.2.4. Une activité soutenue qui respecte les objectifs fixés

[110] Le nombre annuel de visites des DAM augmente tous les ans depuis 2005 comme le montre le tableau suivant :

Tableau 15 : Evolution du nombre de visites des DAM

| Années | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|
| Nombre de visites | 151 143 | 201 119 | 317 764 | 350 000* |

*Source : CNAMTS (*objectif 2008)*

[111] Ces objectifs nationaux sont déclinés en objectifs locaux dans les CPG des CPAM. Il faut noter qu'en 2007, seules trois CPAM n'ont pas atteint leur objectif du nombre de visites DAM et que sur ces cinq CPAM, trois ont néanmoins réalisé plus de 90% de leur objectif.

#### 3.1.2.5. Plusieurs études démontrent un retour sur investissement de l'action des DAM

[112] L'action des DAM doit être considérée comme un investissement à long terme qui doit permettre d'impliquer d'avantage les médecins libéraux et hospitaliers dans une démarche de maîtrise médicalisée et de respect de leurs propres engagements conventionnels.

[113] La CNAMTS a communiqué à la mission les résultats de plusieurs études particulièrement démonstratives sur les conséquences économiques positives des campagnes d'information des DAM et des entretiens confraternels. Ces études sont basées sur la comparaison des comportements de médecins ayant été concernés par les campagnes et de ceux de médecins d'un groupe témoin. Les méthodologies employées pour ces études sont relativement complexes pour tenir compte d'autres facteurs qui pourraient être de nature à en modifier les résultats (évolution des prix de certains des médicaments de la classe thérapeutique étudiée, impact des génériques etc.). L'estimation de l'économie réalisée est calculée à partir de la différence entre l'objectif des montants remboursés par l'assurance maladie et le montant remboursé tendanciel.

[114] S'agissant du retour sur investissement, les campagne sur certaines classes thérapeutiques ont permis de dégager des économies sensibles, voire conséquentes : 1,81 € pour 1 € dépensé sur l'action la plus rentable citée par ces études. D'autres actions ont dégagé des bénéfices de 1,35 € par euro dépensé ; de 1,41 € par euro dépensé ; de 1,54 € par euro dépensé.

[115] Il est intéressant de noter qu'une campagne concernant une classe thérapeutique ne s'est pas soldée par une efficacité comparable aux autres. Ce qui la différenciait des autres est que la communauté scientifique n'a pas encore dégagé de consensus sur les indications. Cette expérience montre qu'une action d'information auprès des praticiens prescripteurs ne doit être organisée que lorsque la HAS se trouve en situation de pouvoir valider des recommandations claires sur le sujet.

[116] En fait, les études sur les effets apportent la démonstration de l'efficacité des campagnes d'information auprès des médecins que la CNAMTS a menées. Elles montrent que la plupart d'entre elles ont permis d'infléchir les tendances des courbes de prescription. En revanche, les effets positifs de ces campagnes ont tendance à s'estomper après un certain temps (souvent de l'ordre d'une année) et une autre campagne sous la même forme ou à partir d'une action différente doit être menée pour maintenir le résultat.

[117] Les thèmes abordés par les DAM au moment des investigations de la mission portent essentiellement sur la prescription de médicaments anti ulcéreux (IPP), de médicament luttant contre l'excès de cholestérol (statines), les durées des arrêts de travail, le respect des règles en matière d'affections de longue durée, les traitements de fond de la maladie asthmatique, les prescriptions d'antibiotiques, les traitements du diabète et les campagnes de dépistage organisé des cancers. Cette liste n'est pas exhaustive.

#### 3.1.2.6. L'organisation de la fonction et sa professionnalisation devront faire l'objet de mesures correctives

[118] Les investigations menées dans plusieurs régions par la mission d'inspection générale et l'étude des documents fournis par la CNAMTS montrent que le dispositif des DAM se heurte à certaines difficultés dont la résolution nécessite une réflexion approfondie.

[119] La mission a relevé les points suivants qui s'inscrivent dans ce contexte :

- le problème du nombre de refus de contacts avec les DAM de certains professionnels de santé ne trouve non seulement pas de solution mais le phénomène s'accroît puisque la CNAMTS dispose d'études qui procèdent au constat de son doublement entre 2006 et 2008. Ce constat vaut également pour les entretiens confraternels pour lesquels un taux de refus persiste ;
- une étude sur « L'optimisation de la visite des délégués de l'assurance maladie » datée d'avril 2009, réalisée[14] à partir d'un échantillon de 500 médecins généralistes, fait apparaître une perception défavorable des visites des DAM par les praticiens libéraux alors que les échanges confraternels sont perçus comme une source d'information importante ;
- la mutualisation inter CPAM qui permet dans certaines régions aux actions d'être menées en cohérence n'est pas opérationnelle partout et le rattachement des DAM à une CPAM ne favorise pas cette démarche ;

[14] Etude réalisée par la société TNS Healthcare

- l'articulation entre l'action des DAM et celle des praticiens conseils n'est pas totalement claire. Le dispositif actuel par ses multiples coordinations manque de simplicité et d'efficience. Pour assurer l'interface entre les praticiens conseil et les DAM ont été mis en place :

  1/une coordination par un manageur DAM dans chaque CPAM ;

  2/une coordination régionale des DAM qui n'est parfois pas placée auprès du directeur chargé de la gestion du risque de la région ;

  3/une coordination avec la direction régionale du service médical.

En outre, il a été signalé à la mission des cas de simultanéité de contacts auprès de professionnels de santé par les DAM et les praticiens conseils malgré le logiciel GDR-PS ;

- l'appartenance des DAM au personnel des CPAM a pour conséquence une forte hétérogénéité dans les organisations locales. Certains DAM restent affectés à des fonctions administratives à temps partiel. Les directeurs de CPAM n'ont, par ailleurs, pas la même conception de leur activité d'un site à l'autre. Il n'est, à titre d'exemple, pas certain que les multiples prises de positions médiatiques du directeur de la CPAM de Carcassonne, considéré comme le précurseur de la mise en place de la fonction de DAM, contribuent à favoriser l'appropriation du concept de maîtrise médicalisée par les professionnels de santé.

**Recommandation n°25 : Si la CNAMTS entend dans les années à venir faire du dispositif des DAM son vecteur privilégié de communication auprès des professionnels de santé dans le domaine de la maîtrise médicalisée, il est nécessaire de rattacher les DAM aux DRSM**

### 3.1.3. La contractualisation entre l'assurance maladie et les professionnels de santé

[120] Des formules de contractualisation collectives ou individuelles ont été conçues pour favoriser une évolution vers de meilleures pratiques professionnelles

#### 3.1.3.1. Un exemple de contractualisation collective : les accords de bons usage des soins (Acbus)

[121] Le principe des accords de bon usage des soins (Acbus) consiste à conclure au niveau **collectif** entre les partenaires conventionnels un accord permettant d'améliorer les pratiques sur un thème spécifique dont les objectifs ont été validés par la HAS.

[122] Les Acbus constituent un accord collectif conclu entre les partenaires conventionnels mais ils ont, au moins en théorie, une portée individuelle pour les professionnels puisque ceux d'entre eux qui ne respectent pas les obligations convenues peuvent être convoqués par la commission paritaire locale dont ils relèvent.

Historique des Acbus

En 2001, un premier Acbus relatif à la mammographie dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein a été signé. Il a été actualisé par un deuxième accord en 2006 prenant en compte l'évolution des pratiques radiologiques dans le domaine.

En 2002, les thèmes ont porté sur la moindre prescription d'antibiotiques dans les indications d'angines grâce à l'utilisation d'un test diagnostic rapide (TDR) et à la promotion de la consultation en lieu et place de la visite grâce à un système de pris en charge modulée du remboursement en fonction du caractère justifié du déplacement du médecin à domicile.

En 2003, un Acbus été conclu sur le thème du bon usage des transports en ambulance

En 2005, un accord visait à ne pas soumettre les patients ayant subi une polypectomie à des coloscopies de contrôle dans des périodicités non validées par la HAS

En 2007, un accord incitait les médecins à prescrire l'aspirine comme antiagrégant plaquettaire dans l'indication de prévention des thromboses.

[123] Les résultats qui sont imputables aux Acbus sont difficiles à isoler car d'autres programmes de maîtrise médicalisée ont été menés en parallèle avec des indicateurs communs. Ainsi, l'Acbus « angine » préconisant l'utilisation du test de diagnostic rapide s'est accompagné d'une baisse de prescription d'antibiotiques mais l'assurance maladie a mené pendant la même période une campagne sur le thème des antibiotiques.

[124] La mission souligne néanmoins que si la part imputable à l'Acbus dans le résultat obtenu ne peut être déterminée avec précision, c'est dans tous les cas de figure aux actions de l'assurance maladie que revient le mérite du résultat.

#### 3.1.3.2. Une contractualisation individuelle : le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)

[125] A partir de 2009, un dispositif de contractualisation individuel ne s'inscrivant pas dans le cadre conventionnel a été déployé par la CNAMTS : les CAPI.

[126] Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) est un contrat conclu entre un médecin conventionné et la CPAM. Il s'agit d'un contrat accepté dans le cadre d'une démarche volontaire par un médecin qui conserve, en outre, la faculté de le résilier. Ce contrat, conforme à un contrat type national, engage le médecin, en contrepartie d'une rémunération versée par la CPAM, à améliorer la prise en charge de sa patientèle au sens collectif du terme. Cette prise en charge recouvre plusieurs champs de l'activité médicale allant de la prévention primaire à la prise en charge des pathologies chroniques et à des efforts de maitrise médicalisée.

[127] En réalité, il s'agit d'inciter les médecins à améliorer leurs pratiques y compris dans le domaine de la santé publique mais les contraintes qui leurs sont demandées sont celles que leur fixent déjà leur propres code de déontologie.

[128] Les CAPI, sur lesquels l'assurance maladie semble fonder de grands espoirs, ont été initiés au printemps 2009 suite à une décision de l'UNCAM de mars 2009. Cette décision d'une ampleur politique certaine s'inscrit dans une démarche de recherche d'efficacité accrue dans le domaine de la maîtrise médicalisée, les dispositifs mis en place antérieurement ayant montré leurs limites. Le maintien de la forte dispersion de la pratique des médecins malgré la diffusion des référentiels de la HAS en constitue un exemple significatif.

[129] En outre, ce dispositif ne se limite pas à une évolution de la pratique médicale vers le meilleur soin au moindre coût mais se donne pour ambition d'améliorer l'état de santé de la patientèle en incitant certaines catégories d'assurés (diabétiques, personnes âgées..) à se soumettre à des actes de prévention (vaccination contre la grippe par exemple) ou à un meilleur suivi (examens biologiques ou ophtalmologiques chez les diabétiques).

[130] Le principe technique retenu pour les CAPI consiste à fixer aux médecins des objectifs quantifiés comme un pourcentage de la patientèle de plus de 65 ans vaccinée pour la grippe saisonnière ou le nombre de femmes de 50 à 74 ans participant au programme de dépistage du cancer du sein. Les thèmes relevant de la maîtrise médicalisée sont, pour partie, ceux qui ont figuré dans des programmes antérieurs (prescription d'IPP, IEC/Sartans..).

[131] L'élément nouveau dans le programme CAPI par rapport aux dispositifs antérieurs réside dans la rémunération en proportion de l'atteinte des objectifs ciblés.

[132] Ce dispositif a suscité des réserves, voire des oppositions, dont la plus notable est celle du Conseil de l'Ordre des médecins qui, dans un avis adopté en décembre 2008, déclare inacceptable le principe d'une rémunération liée à des décisions médicales qui pourraient, selon lui, affecter la relation de confiance entre le médecin et le malade « *qui pourrait se demander si le médecin n'a pas agi en fonction de cet intéressement* ». Le Conseil de l'Ordre demande qu'au minimum une information des patients soit donnée à ce sujet.

[133] Dans un premier temps, la CNAMTS s'est fixé un objectif de nombre de signatures de CAPI qui correspond aux médecins identifiés comme remplissant les critères dans leur pratique professionnelle ou en étant proches de les satisfaire. Les informations que la mission a pu recevoir dans les régions où elle s'est rendue portent à penser que cette première vague de contractualisation atteindra sans difficulté son objectif.

**Recommandation n°26 : La mission souligne que la CNAMTS devra pour le développement du CAPI établir un lien avec le dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles conduit par la HAS. Ce point mérite de faire l'objet d'une discussion approfondie entre la HAS et la CNAMTS.**

### *3.2. La maîtrise médicalisée s'est développée en ambulatoire et dans les établissements de santé*

[134] La maîtrise médicalisée passe par une amélioration des pratiques professionnelles. Celle ci ne peut faire l'objet d'actions de promotions efficaces qu'à la condition qu'existent deux types d'outils qui permettent d'en asseoir la crédibilité :

- des références techniques reconnues et validées par la communauté scientifiques ;
- la connaissance des pratiques individuelles des professionnels de santé.

[135] Ces outils ont été créés et leur niveau de fiabilité est aujourd'hui reconnu.

[136] Les références de la HAS sont progressivement publiées et couvrent une grande partie des thèmes de la pratique médicale courante. L'AFSSAPS contribue également à la diffusion de recommandations de bonnes pratiques dans le domaine des produits de santé.

[137] Quant à la connaissance des comportements des professionnels, ils peuvent actuellement être connus en raison des progrès accomplis au niveau du système d'information de l'assurance maladie. Ce système constitue la traduction d'une évolution de la conception de la maîtrise médicalisée qui, assise sur un mode de régulation collective à partir des années 90, est désormais fondée sur l'analyse des comportements individuels.

[138] Le SNIIRR-AM permet d'accéder aux données de consommations remboursées de façon exhaustive. Ces données sont individualisées par rapport aux bénéficiaires et médicalisées grâce au système de codage (médicaments, dispositifs médicaux, actes cliniques et médico techniques, actes de biologie). Le SNIIR-AM comporte encore quelques limites puisque les diagnostics ne figurent pas dans les données accessibles à partir d'un codage des pathologies. En revanche, pour les patients qui bénéficient d'une exonération du ticket modérateur (ETM) en raison d'une affection de longue durée (ALD), un codage permet de mettre en relation les consommations médicales avec les ALD correspondantes.

[139] Les mécanismes du parcours de soins coordonné issu de la loi du 13 août 2004, facilitant la reconstitution par l'assurance maladie du chaînage des évènements médicaux et des prescriptions conséquentes, permet une meilleure connaissance des pratiques individuelles des professionnels.

[140] En outre, un échantillon de bénéficiaires au 1/100 (dénommé EPIB) a été constitué. Il permet de suivre et d'analyser les consommations de 500 000 assurés sociaux et de mettre notamment en évidence les résultats et l'impact des actions entreprises par l'assurance maladie en matière de maîtrise médicalisée.

#### 3.2.1. Les résultats de la maîtrise médicalisée des soins de ville sont significatifs, même si les objectifs ne sont pas atteints

[141] Les objectifs de la maîtrise sont fixés par un pourcentage de baisse des dépenses au regard de la tendance du poste de dépenses. Chaque caisses et service de la branche contribue à l'atteinte de cet objectif global. (CF. point 4113 *infra*)

Tableau 16 : Objectifs et résultats de la maîtrise médicalisée pour les années 2006 et 2007

| Thème | Montant objectif économies 2006 | Montant objectif atteint en 2006 | Taux d'atteinte de l'objectif | Montant objectif économies 2007 | Montant objectif atteint en 2007 | Taux d'atteinte de l'objectif |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Antibiotiques | 63 M€ | 46 M€ | 73 % | 40 M€ | 27 M€ | 67 % |
| Statines | 93 M€ | 135 M€ | 145 % | 95 M€ | 131 M€ | 138 % |
| Psychotropes | 13 M€ | 20 M€ | 153 % | 13 M€ | 8 M€ | 61 % |
| Arrêts travail | 190 M€ | 262 M€ | 138 % | 80 M€ | 0 | 0 % |
| Transports | 38 M€ | 0 | 0 % | 30 M€ | 24 M€ | 80 % |
| IPP | 28 M€ | 13 Me | 46 % | 20 M€ | 27 M€ | 135 % |
| ALD | 292 M€ | 80 M€ | 27 % | 136 M€ | 73 M€ | 53 % |
| Génériques | 25 M€ | 25 M€ | 100 % | 20 M€ | 107 M€ | 535 % |
| ACBUS Anti-agrégants et Coloscopies | 59 M€ | 0 | 0 % | 59 M€ | 24 M€ | 40,6 % |
| IEC/sartans | | | | 80 M€ | 64 Me | 81 % |
| Dispositifs médicaux | | | | 20 Me | 0 | 0 % |
| TOTAL | 791 M€ | 581 M€ | 73 % | 623 M€ | 509 M€ | 81,9 % |

*Source : CNAMTS Retraitement IGAS*

Tableau 17 : Résultats des actions de maîtrise médicalisées de l'année 2008

| Thèmes | Economies en M€ |
|---|---|
| Antibiotiques | 56 |
| Statines | 55 |
| Anxiolytiques-hypnotiques | 5 |
| IPP | 71 |
| IEC/Sartans | 25 |
| Anti agrégant plaquettaire | 15 |
| Arrêts de travail | 0 |
| Transports | 105 |
| Utilisation de l'ordonnance bi-zone | 44 |
| Antres (actes, stents) | 17 |
| Total prescripteur | 394 |
| Génériques | 101 |
| **TOTAL** | **495** |

*Source : CNAMTS*

#### 3.2.1.1. Les résultats des actions sont variables

Il ressort de ces deux tableaux que les résultats des actions de maîtrise médicalisée sont très variables d'un thème à l'autre.

- Certaines actions ont donné des résultats encourageants :
  - **L'action sur les génériques** obtient des résultats encourageants depuis 2004. Ces résultats présentent la caractéristique de se maintenir dans le temps. Il faut noter que cette action a fait l'objet de plusieurs mesures agissant en synergie (visites des prescripteurs et des pharmaciens, opération tiers payant contre générique, extension du répertoire etc..).
  - **Les actions sur les statines, les IPP et les antibiotiques** démontrent également une modification sensible des courbes de dépenses et de volumes remboursés avec des

inflexions notables correspondant aux lancements des campagnes de l'assurance maladie.

- **L'action sur la prescription des antihypertenseurs** visant à favoriser la prescription en première intention des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) est largement justifiée puisque les comparaisons internationales (avec le Royaume Uni, l'Espagne, l'Allemagne et l'Italie) identifient clairement la spécificité française de prescription plus fréquente des Sartans que des IEC. L'action de l'assurance maladie ne peut produire des effets que sur le moyen et le long terme car il parait difficile de modifier les traitements des patients déjà pris en charge pour hypertension avec un IEC. L'action ne peut concerner pour l'essentiel que les nouveaux patients. Pour autant, les économies fixées en objectif en 2007 ont été réalisées à 80 % et celles pour 2008 ont été quasiment atteintes.

#### 3.2.1.2. Le cas particulier des arrêts de travail illustre le caractère nécessaire des actions dont les résultats sont probablement brouillés par le contexte macroéconomique

[142] Les résultats de l'action sur les arrêts de travail sont relativement décevants puisque les objectifs n'ont été atteints ni en 2007 ni en 2008. Il s'agit d'un problème difficile sur lequel la CNAMTS a réalisé des études dont la mission a pris connaissance. Tous risques confondus, le nombre d'IJ a baissé d'environ 0,8 % par an de 2003 à 2006. A partir de 2007, le nombre d'IJ a repris sa croissance avec une accélération en 2008 de 5,3 % en volume. La croissance semble provenir des arrêts longs en 2008 (arrêts de plus de 30 jours). L'action sur les prescriptions des arrêts de travail est probablement aléatoire en raison du fait que l'évolution du nombre des arrêts de travail ainsi que leur durée sont en relation avec des phénomènes d'évolution de l'emploi et des classes d'âge des salariés. La CNAMTS ne dispose donc pas de la maîtrise de ces phénomènes.

[143] En outre, la réalisation de référentiels médicaux sur cet aspect de la pratique médicale n'est pas aisée. Dans un premier temps, L'assurance maladie a identifié les médecins généralistes forts prescripteurs en la matière et des échanges confraternels et des visites de délégués de l'assurance maladie ont été réalisés pour ramener ces praticiens dans des pratiques professionnelles plus proches de celles de leurs confrères. Ensuite, les médecins maintenant leur pratique déviante ont fait l'objet de la procédure de mise sous entente préalable. Dans un deuxième temps, en 2009, L'assurance maladie propose aux médecins des outils d'aide au dialogue avec leurs patients portant sur 5 pathologies (lombalgie, syndromes anxieux, pathologie type grippe, arrêts de travail post interventionnel dans deux affections musculo-squelettiques).

[144] Enfin, des actions nouvelles sont entreprises en 2009 sous forme d'interventions auprès de certains employeurs et de l'initiation d'un plan de contrôle des assurés sociaux.

### 3.2.2. La maitrise des dépenses relatives aux Affections de Longue Durée n'est pas assurée

[145] Le rapport concernant les propositions de l'assurance maladie sur les charges et les produits pour l'année 2010 fait état d'une poursuite de l progression du nombre de patients pris en charge en ALD, à l'exception de la psychiatrie :

Tableau 18 : Evolution en 2008 du nombre de prises en charge en ALD selon certaines pathologies

| | |
|---|---|
| Affection cardio vasculaires/diabète | + 1,1 % |
| Asthme/BPCO | +0,4 % |
| Psychiatrie et troubles mentaux | -1,7 % |
| Cancers | +4,9 % |
| Maladies d'Alzheimer et neurologiques | +4,1 % |

*Source : échantillon généraliste de bénéficiaires, traitement CNAMTS*
*Ce tableau donne au problème des affections ALD une acuité particulière.*

[146] La question des affections de longue durée (ALD) est cruciale compte tenu de leur poids dans les dépenses. Ce poste a fait l'objet d'actions de régulation pluriannuelles dans le cadre de la COG et de propositions de réforme réglementaires de la part de la HAS et de la CNAMTS, qui ne sont pas arbitrées à ce jour ;

[147] Les ALD constituent un enjeu considérable pour la CNAMTS puisqu'en juin 2007, 7,7 millions de personnes bénéficiaient d'une reconnaissance en ALD à 100 %, et que 64 % du total des remboursements d'assurance maladie étaient en lien avec cette reconnaissance contre 50 % en 1992. En outre, 14 % des patients en ALD concentrent 64 % de la dépense.

[148] Les quatre principaux groupes de maladies à l'origine d'une reconnaissance en ALD sont constitués :

- des maladies cardio-vasculaires pour 2,1 millions de personnes
- des cancers pour 1,4 millions de personnes
- des diabètes pour 1,2 millions de personnes
- des affections psychiatriques pour 0,8 millions de personnes.

[149] Soixante-dix pour cent des patients en ALD remboursées à 100 % correspondent à ces quatre pathologies.

[150] Le nombre de personnes en ALD augmente plus rapidement que la population globale puisqu'il augmente de 4 % sur les deux dernières années alors que le total des bénéficiaires n'augmente que de moins de 1 %. 60 % de cette croissance du nombre de reconnaissance d'ALD provient d'une augmentation de la prévalence des ALD à un âge donné ; le reste de l'augmentation s'explique par le vieillissement de la population et son augmentation numérique.

[151] L'avenant 23 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 12 janvier 2005 signé le 29 mars 2007 réaffirme comme une priorité de l'assurance maladie l'objectif d'une meilleure prise en charge des pathologies les plus lourdes impliquant de veiller au respect des conditions de remboursement afin que seules les prescriptions en relation avec l'ALD soient remboursées à 100 %.

[152] Un meilleur respect des règles d'utilisation de l'ordonnance bizone attendu pour les années 2007 et 2008 était susceptible de générer des économies sensibles par diminution du ratio des dépenses en rapport avec une ALD relativement à l'ensemble des dépenses. En outre, une simplification des supports d'échange, et notamment du protocole de soins des patients en ALD est engagée.

#### 3.2.2.1. Les actions de régulation engagées par la CNAMTS

[153] Un certain nombre d'initiatives de la CNAMTS sur le sujet des ALD ont donc été prises au cours des années 2005 et suivantes :

- en décembre 2005, une lettre réseau signée du directeur général de la CNAMTS présentait les modalités de mise en œuvre du nouveau formulaire de protocole de soins. Une lettre réseau d'avril 2006 précisait ces informations ;
- en juillet 2006, une lettre réseau signée du médecin conseil national et adressée aux médecins conseils leur apportait des éléments d'argumentation pour apprécier les principales classes de médicaments prescrites dans le cadre de 6 ALD exonérantes (diabètes types 1 et 2, HTA sévère, artériopathie avec manifestations ischémiques, certaines pathologies cardiaques, maladie coronaire, insuffisance respiratoire chronique grave). Pour chacune des pathologies, une fiche précisait les médicaments en rapport direct avec l'ALD, ceux sans rapport avec l'ALD et ceux dont le rapport avec l'ALD devait être apprécié au cas par cas ;
- en avril 2007, une lettre réseau signée du directeur général élargissait le dispositif des fiches d'aide à l'utilisation de l'ordonnance bizone à 8 pathologies fréquentes. Les 8 fiches ont été validées par la HAS et avaient vocation à être diffusées aux professionnels de santé ;

- en juin 2007, une lettre réseau signée du médecin conseil national, du directeur délégué aux opérations et du directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins décrivait les mesures de simplification des relations entre les professionnels de santé et les services médicaux de l'assurance maladie en matière d'ALD et de demandes de renseignements complémentaires pour les protocoles de soins. Les principes généraux retenus consistaient à rester sur des arguments déclaratifs, contrôler à postériori pour sécuriser le dispositif, privilégier le contact par téléphone avec les médecins libéraux et alléger le remplissage du protocole ;
- en juillet 2007, une lettre réseau du directeur général présentait l'élargissement du dispositif d'aide à l'utilisation de l'ordonnance bizone aux dispositifs médicaux, produits et prestations de la liste des produits et prestations (LPP) pour huit ALD fréquentes. Elle indiquait également les modalités de diffusion aux professionnels de santé des fiches et rappelait quelles étaient également disponibles sur le site WWW.ameli.fr ;
- en avril 2008, une lettre réseau présentait l'élargissement des fiches à la biologie pour les 8 ALD fréquentes concernées par la lettre de juillet 2007 ;
- en outre, le thème des ALD comportant en particulier la sensibilisation permanente des médecins généralistes au respect des règles de l'ordonnance bizone figure en permanence dans les actions que les praticiens conseil et les délégués de l'assurance maladie conduisent depuis avril 2006 (lettre réseau du 12 avril 2006).

#### 3.2.2.2. Le travail de la HAS sur la période 2006-2009

[154] En matière d'affections de Longue durée, la loi a confié à la HAS trois missions : donner un avis sur la liste des affections de longue durée ; proposer les critères médicaux de l'admission en ALD ; recommander les actes et prestations nécessaires pour la prise en charge de chacune des affections figurant sur la liste.

- Les missions assignées par la loi

[155] Depuis mai 2006, la HAS a mis au point une liste d'actes et de prestations pour chacune des ALD en commençant par le diabète et l'hépatite C.

[156] La HAS a, en parallèle, réalisé des guides pour les médecins et les patients sur le thème de chaque ALD et, en mai 2009, ce travail est pratiquement achevé pour l'ensemble des ALD avec la disponibilité de 50 guides médecins et 24 guides patients. Ces guides intègrent les derniers éléments scientifiques disponibles, telles que la définition des stratégies thérapeutiques à mettre en œuvre en première ou deuxième intention, le choix des stratégies à mettre en œuvre à efficacité équivalente mais traitent également de la dimension prévention et lutte contre les facteurs de risque.

- Les propositions de la HAS pour l'évolution du dispositif ALD

[157] Dans un avis daté de décembre 2007, la HAS a apporté sa contribution au débat sur la pertinence du dispositif actuel de prise en charge des ALD.

[158] Le constat établi par la HAS au cours de ses travaux sur l'actualisation des référentiels ALD entrepris en 2006 met en évidence une incohérence du système qui se trouve en décalage avec l'évolution des techniques médicales, le vieillissement de la population qui génère des polypathologies et la notion peu encadrée de « soins particulièrement coûteux ». Cette incohérence est illustrée, dans l'avis de la HAS, par l'exemple des maladies cardio-vasculaires pour lesquelles certains facteurs de risque médicalement contrôlables sont pris en charge en ALD (comme le diabète), d'autres ne le sont que dans certaines conditions (comme l'hypertension artérielle sévère) et d'autres ne le sont jamais (comme les dyslipidémies isolées). L'autre incohérence notable dans l'exemple proposé réside dans le fait que le parcours de soins de certains malades atteints d'une affection cardio-vasculaire, comme une hypertension avec hypercholestérol bien contrôlé n'est pas prise en charge en ALD alors que celui des malades diabétiques non insulinodépendants l'est. Pour autant, le coût du traitement de la première affection est supérieur à celui de la seconde.

[159] Il apparaît donc à la HAS qu'il est difficile, voire impossible, de fixer des critères médicaux correspondant de façon adéquate aux coûts exposés. La HAS propose trois scénarios pour éclairer le choix des autorités.

**Les scénarios de réforme du régime des ALD proposés par la HAS**

**Le scénario 1 : la simple actualisation médicale des critères actuels**

Ce scénario consiste à actualiser les ALD en définissant de façon plus précise les durées d'exonération en tenant compte des durées de traitement prévisibles et à renforcer la pertinence médicale des intitulés de certaines maladies. Cette actualisation simple permet de prendre en compte l'évolution des pratiques médicales et des modes actuels de prise en charge des maladies. Elle ne modifie pas fondamentalement le système des ALD et maintient les incohérences du dispositif.

**Le scénario 2 : la refonte partielle de la liste et la révision des critères pour certaines affections**

Ce scénario consiste à retirer de la liste certaines affections rares comme la tuberculose, la lèpre et la bilharziose compliquée et à ne retenir dans la liste que les maladies constituées en excluant les états qui ne sont que des facteurs de risque (comme l'hypertension artérielle par exemple).

Ce scénario retient pour les affections cardio-vasculaires (AVC, maladie coronarienne, diabète ou néphropathie chronique) une notion, dite option 2, qui ne prendrait en charge que les situations de gravité clinique avérée. L'objectif consisterait donc à mieux faire coïncider l'exonération avec la phase de la maladie qui génère des restes à charges importants pour le patient.

Ce scénario présente l'inconvénient majeur de se trouver en contradiction avec les politiques de santé publique qui se donnent pour objectif de favoriser le suivi aussi précoce que possible des maladies et facteurs de risque afin d'éviter les complications graves et coûteuses pour la collectivité. Il n'est pas envisageable tant que les dispositifs de prise en charge du suivi médical des patients concernés ne sont pas organisés.

**Le scénario 3 : Le maintien en l'état des critères dans l'attente d'une refonte du dispositif**

Cette réforme devrait prendre en compte les deux aspects aujourd'hui intriqués du problème des ALD : le volet social qui ne correspondrait plus à des situations définies par des critères de nature médicale mais à une mesure des coûts supportés par l'assuré ; le volet médical qui reposerait sur l'amélioration de la qualité de prise en charge et de suivi des malades chroniques. Le volet social aurait pour objectif de neutraliser pour les assurés les restes à charge et reposerait sur une étude au cas pas cas des coûts supportés. Il s'agirait donc d'un véritable « bouclier sanitaire » qui pourrait s'appliquer dans un champ plus large que celui des ALD

[160] La CNAMTS a émis des réserves sur ce scénario 3 de « bouclier sanitaire ». Elles sont clairement exprimées dans le rapport sur les propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2010[15] :

*« L'analyse des facteurs explicatifs de l'évolution des dépenses montre que cette voie ne doit pas être surestimée : une telle réforme pourrait éventuellement obéir à d'autres objectifs (une distribution différente des restes à charge) mais elle n'apporte pas de réponse à la question de la dynamique de la dépense…..*

*Ainsi, le bouclier sanitaire ne saurait constituer, en lui-même, une solution de rééquilibrage structurel.*

*Des simulations d'impact de cette réforme montrent que le taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie serait sur le moyen terme strictement identique à celui qui résulterait des mêmes dynamiques avec les règles du remboursement actuel.*

*L'instrument financier que constitue le bouclier sanitaire ne permet donc pas de remédier au dynamisme tendanciel des dépenses observé dans le système actuel : il conduirait à mettre en œuvre une réassurance financière, un « top-loss » éventuellement variable en fonction du revenu, à l'opposé du système ALD qui met en œuvre une réassurance fondée sur la sinistralité, c'est-à-dire sur la pathologie ».*

[15] « Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2010 ». CNAMTS. Juillet 2009.

#### 3.2.2.3. Les résultats obtenus par la CNAMTS sur la maîtrise de l'évolution des ALD sont sensibles mais en retrait par rapport à ses objectifs

[161] Les actions de l'assurance maladie sur ce thème ont consisté, pour l'essentiel, à infléchir les pratiques des prescripteurs dans le domaine du respect des règles de l'ordonnance bi-zone. Les avenants 12 et 23 de la convention médicale pour les années 2007 et 2008 permettaient de fixer des objectifs d'économie par ce mécanisme. Ce thème a fait l'objet d'actions importantes en matière de communication auprès des professionnels de santé. Pour autant, les objectifs fixés n'ont été atteints qu'aux alentours de 25 % en 2005 et 2006 et de 54 % en 2007.

Tableau 19 : Résultats des actions sur le respect des règles de l'ordonnance bi-zone dans la convention de 2005 et ses avenants

| Années | Objectifs de baisse du ratio bizone | Réalisés |
|---|---|---|
| 2005 | - 5 points | -1,3 point |
| 2006 | -4 points | -1,1 point |
| 2007 | -2 points | -1 point |
| 2008 | -2,5 points | -0,7 point |

*Source : CNAMTS*

[162] L'évolution du ratio bizone (qui mesure la part des dépenses à 100% dans le total des dépenses des dépenses des bénéficiaires en ALD constaté sur la période de la COG reste très en deçà des objectifs.

### 3.2.3. La maîtrise médicalisée à l'hôpital s'est élargie des prescriptions aux activités

[163] La maîtrise médicalisée à l'hôpital a connu des développements importants à partir de l'année 2006.

[164] Auparavant, le secteur hospitalier public avait été l'objet de mesures de sensibilisation en direction des praticiens sur les enjeux de la gestion du risque et certains dispositifs avaient été mis en place dès le début des années 2000 comme les Comités Régionaux du Médicament et des Dispositifs Médicaux. Ces comités avaient pour objectif de promouvoir, outre des actions innovantes en matière de gestion, une approche de recherche d'efficience dans les prescriptions des praticiens hospitaliers.

[165] La mission a pris connaissance de travaux réalisés par ces commissions dans les régions où elle s'est déplacée. Les bilans dont elle a disposé montrent une certaine efficacité de ces comités sur le sujet de l'amélioration du circuit du médicament et des produits au sein des structures hospitalières avec en particulier, une accélération des mises en place de la traçabilité des médicaments dérivés du sang, des anticancéreux et des dispositifs médicaux.

[166] A partir de 2008, les comités régionaux (devenus les Observatoires Régionaux des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques) ont initié un encadrement des prescriptions de médicaments facturés en sus de la tarification des groupes homogènes de séjours (GHS).

[167] Il s'agissait de s'assurer que ces médicaments étaient prescrits conformément aux référentiels lorsqu'ils existaient. A titre d'exemple, en région CENTRE, 38 établissements sur 53 avaient mis en place une telle procédure en 2008 pour les médicaments. En revanche, seulement un tiers de ces établissements avaient mis en place la procédure pour les dispositifs médicaux.

#### 3.2.3.1. La maîtrise des prescriptions hospitalières a donné des résultats inégaux

[168] A partir de 2006, la CNAMTS a souhaité donner un développement particulier à une politique de maîtrise médicalisée à l'hôpital concernant les prescriptions exécutées en ville en raison d'un triple constat :

- l'hôpital est devenu, grâce à ses consultations externes et ses services d'accueil des urgences notamment, un producteur de soins externes dont les prescriptions sont délivrées en ville et prises en charge par l'assurance maladie sur l'enveloppe ville :
- l'hôpital est le lieu privilégié de formation des médecins futurs prescripteurs.
- une partie des prescriptions des traitements des maladies chroniques sont initiées par les spécialistes médicaux des hôpitaux et sont ensuite reconduites en l'état par les médecins libéraux.

[169] Ainsi, la CNAMTS a décidé d'étendre aux prescripteurs hospitaliers certaines actions qui avaient jusqu'alors concerné les professionnels de médecine de ville par le biais de la convention médicale. Six thèmes prioritaires ont été définis :

- 3 concernant des médicaments (statines, antibiotiques et médicaments génériques),
- 3 thèmes d'action (respect des règles de l'ordonnancier bizone, transports sanitaires, arrêts de travail).

[170] Les modes opératoires à mettre en œuvre reposaient sur l'organisation d'un accompagnement des praticiens hospitaliers comparable à celui dont bénéficiaient leurs confrères libéraux et à l'établissement d'un accord cadre national d'amélioration des bonnes pratiques hospitalières décrit par la loi du 13 août 2004. Des contacts ont donc été pris par les praticiens conseils et les directeurs des CPAM avec les instances hospitalières : Commissions d'Etablissement, Commissions de l'Activité Libérale des hôpitaux, réunions d'internes, Commissions du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles.

[171] L'assurance maladie a, dans un premier temps, adressé aux établissements leur profil de prescription complété ensuite par des éléments comparatifs et des échanges ont été menés entre responsables médicaux. Ces actions lancées en 2006 se sont poursuivies en 2007 et 2008. Ainsi, à titre d'exemple, en 2008, 2 100 visites ont été faites par les responsables locaux de l'assurance maladie (directeur de la CPAM et médecin chef de l'échelon local) dans les hôpitaux. La procédure utilisée pour encadrer les prescriptions de produits de santé remboursés en sus des prestations hospitalières consistait à faire signer aux établissements de santé des contrats de bon usage.

[172] Le bilan de ce dispositif met en évidence des résultats hétérogènes au niveau national. Au 31 décembre 2008, seulement 57 % des établissements publics et participants au service public hospitalier (PSPH) avaient signé un contrat de bonne pratique hospitalière portant sur au moins deux thèmes concernant les médicaments. En revanche, plus de 75% des mêmes établissements avaient signé un accord de bonne pratique sur le thème de la maîtrise des dépenses de transport.

[173] Devant l'augmentation des dépenses de l'assurance maladie au titre des produits de santé facturés en sus des prestations hospitalières la LFSS pour 2009 a donc instauré un dispositif de maîtrise médicalisée qui vient renforcer les engagements existants souscrits dans les contrats de bon usage.

[174] La circulaire de la Ministre de la santé et des sports aux ARH du 16 juin 2009 décline cette nouvelle disposition en complétant le dispositif des contrats de bon usage par un mécanisme de régulation.

[175] Alors que les contrats de bon usage traitent l'ensemble des problématiques du médicament et des dispositifs médicaux à l'hôpital (sécurisation des circuits des produits de santé, respect des bonnes pratiques de prescriptions), le nouveau dispositif de régulation issu de la LFSS pour 2009 s'attache à mobiliser les acteurs locaux sur l'évolution des dépenses des produits de santé remboursés en sus des prestations hospitalières en proposant un outil juridique de contractualisation spécifique visant à corriger les évolutions des prescriptions non justifiées.

[176] Les ARH doivent donc, en liaison avec les médecins conseils régionaux et les observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT), procéder à la mise en place de contrôles des établissements affichant une augmentation des dépenses supérieure à 10 % sur le poste des produits de santé délivrés en sus afin de s'assurer de la conformité des prescriptions aux référentiels existants.

[177] En fonction des conclusions de ces contrôles, les ARH mettront en place un dispositif de régulation comportant un volet préventif pour accompagner l'établissement dans sa démarche de retour au respect de ses engagements et un volet plus coercitif visant à pénaliser financièrement l'établissement dans le cadre d'une procédure pluri annuelle que la circulaire décrit.

**Recommandation n°27 : La mission préconise que les dispositions soient rapidement prises pour que puissent être produits les profils de prescriptions par service, voire par praticien hospitalier, car le bénéfice de la connaissance du seul profil d'un établissement de santé dans son ensemble est nettement insuffisant en la matière.**

#### 3.2.3.2. A partir de mai 2007, la maîtrise médicalisée à l'hôpital a embrassé l'activité de chirurgie ambulatoire

[178] L'ensemble des 1 300 établissements dits ex-dotation globale et ex-objectif quantifié national ont été concernés par des actions de maîtrise médicalisée sur quatre thèmes :

- la chirurgie ambulatoire
- externalisation des médicaments et LPP en ville
- internalisation en hospitalisation de jour de prises en charge réalisables en ville ou en soins externes
- GHS les plus dynamiques

[179] Des accords d'amélioration des pratiques hospitalières (accord cadre antibiotiques, accords d'initiatives locales transport, engagements réciproques prescription DCI…) ont été signés à partir de 2006 et dans les régions dans lesquelles la mission s'est rendue, la quasi totalité des établissements avaient signé des accords sur un ou plusieurs des thèmes cités ci-dessus.

[180] Sur le plan national, sur 2006-2007-2008 1 335 engagements ont été signés dont 60 % concernaient des accords locaux sur les antibiotiques, 27 % des accords d'initiative locale sur les transports et 13 % des accords sur les génériques et les statines.

[181] Les statistiques d'activité des établissements publics et privés français ont montré depuis une vingtaine d'année un retard au développement de la chirurgie ambulatoire en comparaison d'autres pays comparables. Ainsi, en 2008, l'opération de la cataracte, qui se prête particulièrement à ce type de chirurgie, n'était réalisée en ambulatoire que dans 63 % des cas dans le secteur public et 70 % dans le secteur privé. Les extractions dentaires n'étaient réalisées en ambulatoire que dans 65 % des cas dans le secteur public et 77 % dans le privé.

[182] De nombreux échanges ont eu lieu entre les responsables de l'assurance maladie et ceux des établissements de santé au cours des années 2007 et 2008 pour rechercher une évolution des pratiques sur ce sujet.

[183] Cette politique d'accompagnement s'est traduite par une progression de la chirurgie ambulatoire de 8 % dans le secteur public pour les cinq actes énumérés ci-dessous et de 4 % dans le secteur privé.

[184] Afin d'accélérer la réalisation des objectifs en la matière, 248 établissements (157 publics et 91 privés) ont été mis sous accord préalable à partir de mai 2008 pour la réalisation en hospitalisation complète des cinq interventions suivantes :

- arthroscopie du genou (diagnostique et thérapeutique)
- extraction dentaire
- chirurgie de la cataracte
- chirurgie des varices

- adénoïdectomies, amygdalectomie

[185] Les 6 769 demandes traitées de mai 2008 à février 2009 ont reçu dans 98 % des cas un avis favorable du service médical et correspondent donc à des situations qui justifiaient, à titre exceptionnel une prise en charge en hospitalisation complète. Il faut noter qu'en février 2009, il n'y avait pas eu de recours émanant d'assuré sociaux.

[186] En 2009, d'autres interventions chirurgicales ont été rajoutées à cette première liste.

### *3.3. Les contrôles des professionnels et des établissements s'est renforcé*

#### 3.3.1. La mise sous accord préalable de prescriptions de certains professionnels de santé (MSAP)

[187] Au-delà de ces différentes mesures incitatives, des mesures plus contraignantes ont été mises en œuvre depuis 2005 auprès de professionnels de santé exerçant en ville.

[188] L'article 162-1-15 du code de la sécurité sociale permet aux directeurs de caisse d'assurance maladie de subordonner le versement des indemnités journalières à l'accord préalable du service du contrôle médical.

[189] La loi de financement de la sécurité sociale de 2008 a étendu ce dispositif à d'autres prescriptions. Il a été utilisé dans le cas de médecins dont les pratiques professionnelles s'écartaient notablement des comportements standards (médecins prescrivant des volumes cumulés d'arrêts de travail quatre fois supérieurs à la moyenne, forts prescripteurs de transports en ambulance ou en actes de masso-kinésithérapie).

[190] Dés la première année de mise en vigueur de ces mesures d' accord préalable, 46 praticiens ont été concernés. Ils avaient fait auparavant et sans succès, l'objet de mesures incitatives leur permettant de réintégrer leur pratique dans les standards habituels (échanges confraternels avec des praticiens conseils, courriers de mise en garde etc..).

[191] En 2008, ce sont 450 professionnels qui ont été mis sous accord préalables pour leurs prescriptions d'arrêts de travail, de transports sanitaires ou d'actes de masso-kinésithérapie.

#### 3.3.2. Le contrôle de la tarification à l'activité (T2A)

[192] Le contrôle T2A concerne l'ensemble des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. Le nombre d'établissements concernés est d'environ 1 400 dont la moitié sont des établissements financés antérieurement par dotation globale (dits Ex-DG) et l'autre moitié des établissements financés antérieurement dans le cadre de l'objectif quantifié national (dits Ex-OQN).

[193] Les modalités du programme de contrôle contentieux sont définies par une lettre réseau. Il s'agit, à partir des données de l'activité de l'année n – 1 :

- de cibler les établissements de santé les plus déviants en matière de coût pour l'assurance maladie ;
- d'analyser sur site les dossiers retenus ; Cette analyse est réalisée par des praticiens conseils en raison des données médicales qui doivent être étudiées ;
- de notifier les indus sur le fondement de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale aux établissements dont les facturations sont erronées ;
- d'assurer le suivi des contentieux ultérieurs éventuels.

[194] Ces contrôles T2A sont pilotés dans les régions par une Unité de Coordination Régionale (UCR) placée auprès de la commission exécutive de l'ARH.

[195] Les praticiens conseils qui réalisent les analyses de dossiers médicaux pour vérifier la cohérence des soins reçus par le patient avec son Résumé de Sortie Standardisé (RSS) ont, en théorie, reçu une formation spécifique dans cette perspective. La mission a noté que dans les régions où elle s'est rendue, une partie de ces praticiens avaient reçu une formation à Dijon qui leur a été présentée comme une référence. En revanche, d'autres praticiens conseils ont été formés en fonction d'initiatives locales de la DRSM dont ils relèvent (formation assurée par des médecins de départements d'information médicale des hôpitaux.). Certains praticiens conseils n'ont bénéficié que d'une formation pratique dispensée sur le terrain par un de leurs collègues (forme de tutorat).

[196] La mission a pris connaissance de plusieurs résultats de ces contrôles qui démontrent une nette insuffisance de la vigilance des départements d'information médicale (DIM) concernant la validation des RSS qu'ils sont amenés à valider.

[197] Les deux types majeurs de dérives observées sont :

- la facturation de séjours en hospitalisation à temps partiel pour des actes relevant de consultations externes,
- la facturation de suppléments par des établissements non autorisés à réaliser les activités concernées.

[198] Ainsi, en région Rhône-Alpes les contrôles effectués en 2007 sur l'activité 2006 ont donné les résultats suivants :

Tableau 20 : Résultats des contrôles T2A en région Rhône - Alpes

| | | |
|---|---|---|
| Nombre d'établissements | Ex-DGF<br>Ex-OQN | 9<br>13 |
| Nombre de séjours contrôlés | Ex-DGF<br>Ex-OQN | 2 497<br>19 198 |
| Nombre de séjours à recalculer (RSS injustifiés ou indus) | Ex-DGF<br>Ex-OQN | 2 057<br>15 523 |
| Montants notifiés (indus hors supplément) | Ex-DGF<br>Ex-OQN | 411 468 €<br>3 155 181€ |
| Montant des sanctions proposées par l'UCR | Ex-DGF<br>Ex-OQN | Néant<br>Néant |

*Source : CRAM Rhône-Alpes.*

[199] Les résultats des contrôles opérés en 2007 par la CPAM du Loiret sur l'année 2006 montrent, dans des proportions différentes, un taux important d'anomalies :

Tableau 21 : Résultats des contrôles T2A dans le département du Loiret

| Etablissement | Nombre dossiers contrôlés | Nombre d'anomalies | % d'anomalies | Montant indu (en €) |
|---|---|---|---|---|
| A | 91 | 26 | 28,5 % | 7 565 |
| B | 371 | 180 | 48,5 % | 42 734 |
| C | 128 | 84 | 65,6 % | 28 339 |
| D | 37 | 8 | 21,6 % | 10 530 |
| E | 37 | 11 | 29,7 % | 3 430 |
| F | 64 | 9 | 14 % | 2 051 |
| G | 275 | 126 | 45, 8 % | 38 187 |
| H | 313 | 220 | 70,2 % | 75 323 |

*Source : CPAM Loiret*

[200] Certains établissements ont initié des recours contentieux contre la décision de recouvrement d'indu qui leur était notifiée.

[201] Afin d'harmoniser les analyses et de fournir des argumentaires type aux services du contentieux des CPAM concernées, La CNAMTS a mis en place un groupe de travail chargé de répertorier et d'analyser les contentieux dès l'année 2007.

[202] Dans certaines régions, dont la région CENTRE visitée par la mission, les 6 CPAM ont signé une convention de mutualisation des contentieux T2A qui sont ainsi pris en charge par une d'entre elles. Les procédures de recouvrement des indus et des éventuelles sanctions financières restent à la charge des CPAM concernées. En revanche, la réponse aux observations des établissements suite aux notifications, la préparation des argumentaires et des mises en demeure, la gestion des contentieux et la représentation des CPAM devant les juridictions sont prises en charge par la caisse de TOURS en collaboration avec la Direction Régionale du Service Médical.

[203] S'agissant des décisions de sanction qui peuvent être prises à l'encontre des établissements, une circulaire de la ministre de la santé en date du 31 juillet 2007 en fixe la procédure. Cette circulaire de la DHOS rappelle que l'année 2007 est la première année de déroulement des contrôles T2A avec possibilité de sanction financière. La procédure préconisée est la suivante :

- inscription de l'établissement dans le programme régional à l'issue du ciblage par l'UCR (programme validé par la COMEX) ;
- réalisation du contrôle et production du rapport ;
- instruction par l'UCR du rapport de contrôle et élaboration d'un rapport de synthèse ;
- instruction par la COMEX.

[204] La circulaire précise que si le rapport comporte une proposition de sanction, la COMEX statue et engage une procédure contradictoire avec l'établissement, qui dispose d'un mois pour présenter ses observations. Il faut noter que en cas de désaccord entre l'établissement et les contrôleurs, une procédure de saisine de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) est mise en place. La COMEX prend ensuite une décision définitive.

[205] En 2007, le bilan des contrôles T2A réalisé par la CNAMTS montre de fortes disparités régionales sur les modalités d'exercice de cette nouvelle activité :

- neuf UCR ont proposé des sanctions financières à la COMEX de leur ARH et dans les 15 autres régions aucun contrôle ne figurait dans les programmes régionaux de contrôle,
- l'UCR d'Ile-de-France n'a proposé aucune sanction alors que celle d'Aquitaine en a proposé dix-neuf.

[206] Les acteurs de terrain rencontrés par la mission dans les régions où elle s'est rendue ont exprimé leur déception sur les suites des propositions de sanction formulées par les UCR. Les COMEX des ARH ont tendance à prendre en compte la situation déficitaire de certains établissements hospitaliers publics pour prendre des décisions relativement indulgentes en matière de sanction. A titre d'exemple, dans une région, la COMEX de l'ARH a réduit de moitié toutes les sanctions proposées par l'UCR.

[207] Outre le caractère assez démotivant de ce constat pour les agents de l'assurance maladie pour qui la lourdeur des contrôles T2A suppose un investissement personnel important, cette situation présente l'inconvénient majeur de laisser se pérenniser des comportements abusifs dont les conséquences financières sont défavorables pour l'assurance maladie. Enfin, l'inégalité de traitement entre établissements publics et privés qui résulte des faits évoqués comporte des risques politiques qui ne doivent pas être sous-estimés.

**Recommandation n°28 : Il convient d'harmoniser les pratiques de sanction entre les ARH. Il est également souhaitable que les hôpitaux se dotent d'un dispositif de contrôle interne de la facturation afin de réduire le risque de sanction.**

# 4. UN PILOTAGE PAR OBJECTIFS QUI EST AFFALIBLI PAR LA COMPLEXITE DE L'ORGANISATION TERRITORIALE

[208] Pour mettre en œuvre les engagements de la COG, la CNAMTS a conçu un mode de pilotage qui donne la priorité à la mise en œuvre de programmes nationaux de gestion du risque. Ce n'est que dans le champ du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude que la CNAMTS a prévu une articulation entre des objectifs nationaux et des objectifs territoriaux réunis dans un programme locorégional.

[209] Le pilotage du réseau, qui s'appuie sur le dispositif des contrats pluriannuels de gestion (CPG), accorde une attention importante à la gestion du risque[16], et au sein de la gestion du risque aux objectifs de maîtrise médicalisée au détriment des autres tels que les contrôles en général (contentieux ou de régularité). Ce nouveau mode de pilotage rencontre des difficultés techniques qui peuvent être facilement surmontées et des difficultés plus structurelles liées à l'éclatement des fonctions de régulation entre quatre réseaux d'organismes mal articulés entre eux.

## *4.1. Le pilotage par objectifs constitue un acquis à préserver mais à améliorer sur certains points*

[210] La Caisse nationale assure le déploiement de son action sur le terrain par le moyen des contrats pluriannuels de gestion (CPG). Pour chaque organisme des quatre réseaux de l'assurance maladie : CPAM, CRAM, DRSM, pour le régime général, et l'URCAM au titre de l'inter régime, un contrat est conclu pour la durée de la COG sur la période 2006-2009. En matière de gestion du risque, des avenants annuels sont conclus pour tenir compte des évolutions des objectifs. Pour les trois réseaux du régime général, des objectifs communs de gestion du risque sont définis. Enfin, pour ce qui concerne les URCAM qui n'ont pas de responsabilité opérationnelle mais de coordination, un suivi spécifique est contractualisé par le moyen de conventions de gestion inter régime (COGIR).

### 4.1.1. Un pilotage du réseau par objectifs qui s'est affirmé pour la mise en œuvre des programmes nationaux

#### 4.1.1.1. Une contractualisation profondément rénovée

[211] La contractualisation a connu une nette amélioration au regard des observations qui avaient été faites par l'IGAS dans l'évaluation de la précédente COG[17]. Les avancées sont au nombre de trois :

- La finalité des CPG a changé ;
- Le contenu des CPG s'est considérablement enrichi. ;
- Le champ de contractualisation s'est élargi aux DRSM.

[212] En revanche, la contractualisation avec les CRAM ne s'est pas développée, marquant une mise à l'écart des enjeux jugés prioritaires par la CNAMTS notamment ceux de maîtrise médicalisée à l'hôpital, alors même que les CRAM disposent de compétences affirmées dans le domaine de l'hospitalisation et plus généralement de l'organisation des soins.

- La finalité des CPG a changé

[16] Les objectifs de gestion du risque représentent 40% du score total.
[17] Bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2000-2003 signée entre l'Etat et la CNAMTS et propositions pour la future convention. Rapport IGAS n° 2003-096 de juillet 2003.

[213] En matière de gestion du risque, la contractualisation est passée d'une logique remontante à une logique descendante. Sous l'empire de la précédente COG, le CPG ne contenait pas d'objectifs sur la régulation, ceux-ci étant renvoyés à des négociations annuelles au niveau des CPAM, des CRAM et des URCAM. Ces négociations avaient pour but implicite de « *diminuer le nombre d'actions de gestion du risque menées de façon autonome par les CPAM*[18] ». D'où une procédure de contractualisation remontante permettant à la CNAMTS de valider les actions locales de régulation après un avis de l'URCAM, nécessaire pour assurer la conformité des actions au plan régional de l'assurance maladie (PRAM). **Dans le cadre actuel, les CPG sont des outils de contractualisation descendants permettant à la CNAMTS de faire appliquer par son réseau des programmes nationaux de gestion du risque.**

- Le contenu des CPG s'est considérablement enrichi.

[214] Au-delà du changement de terme entre « régulation » et « gestion du risque », les CPG constituent bien une déclinaison des engagements pris au niveau national dans la COG. Des objectifs précis sont établis dans un contrat pluriannuel pour la durée de la COG correspondant aux six orientations arrêtées par le Conseil. Cette pluri annualité s'accompagne de mises à jour annuelles particulièrement importantes en ce qui concerne la gestion du risque. **La précision des objectifs, assortis d'une valorisation en points permettant de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs ainsi que le lien assuré avec l'intéressement permettent à la CNAMTS de piloter son réseau.**

- Le champ de contractualisation s'est élargi aux DRSM.

Dans la précédente COG, le pilotage du Service médical était assuré par un tableau de bord national d'activités des échelons régionaux et locaux. Le service médical étant sous l'autorité hiérarchique du directeur de la CNAMTS, la définition et le suivi des objectifs et de la démarche qualité étaient mis en œuvre sans procédure formelle de contrat. **La création de CPG entre la CNAMTS et les DRSM aboutit à la généralisation du pilotage par objectifs dans les organismes territoriaux de la CNAMTS, quel que soit le statut de rattachement à l'Etablissement public national**.

- La contractualisation avec les CRAM sur l'hospitalisation associe les CPAM pour la mise en œuvre

[215] La contractualisation avec les CRAM s'est élargie aux actions de maîtrise médicalisée dans les établissements de santé. Mais ce sont les directeurs de CPAM, associés aux médecins chefs de leur échelon local qui ont conduit les entretiens avec les responsables hospitaliers pour négocier les contrats de bonnes pratiques sur les prescriptions.

[216] Dans le cadre de la COG précédente, les négociations annuelles portaient sur la validation des programmes de gestion du risque hospitalier qui devaient s'articuler avec les programmes de travail des ARH. Sur ce point l'IGAS recommandait de mettre fin à ce dispositif au profit d'une association de la CNAMTS au pilotage des ARH. La mise en place des ARS règle cette question.

[18] Rapport IGAS précité page 20.

#### 4.1.1.2. Une contractualisation qui valorise de façon privilégiée la mise en œuvre des programmes nationaux de gestion du risque

[217] La contractualisation est structurée sur des objectifs qui correspondent aux trois domaines de la COG : la gestion du risque, le service et le management-pilotage. Pour la gestion du risque, les objectifs recouvrent la mise en œuvre de programmes nationaux conçus par la CNAMTS. La cotation des objectifs donne clairement une priorité à la gestion du risque au détriment des autres domaines tels que la qualité de service ou la productivité. De plus, au sein de la GDR la cotation privilégie les actions de maitrise médicalisée.

- Le pilotage accorde une place importante à la GDR, parfois disproportionnée par rapport à son poids réel dans l'activité des organismes

Tableau 22 : Structuration de la cotation au regard des effectifs de chaque organisme territorial

| Axe des CPG et effectifs en 2008 | CPAM | CRAM | DRSM | URCAM |
|---|---|---|---|---|
| Régulation/gestion du risque en nombre de points | 400 | 400 | 800 | 600 |
| %dans le total des 1000 points des CPG | 40% | 40% | 80% | 60% |
| Effectifs de l'organise affectés à l'axe en ETP rémunérés | 4 677 | 812 | 4 167 | 305 |
| Effectifs totaux rémunérés | 58 906 | 5 858 | 8 821 | 305 |
| % des effectifs de GDR dans le total de l'organisme | 8% | 14% | 47% | 100% |

*Source : Mission IGAS à partir des données CNAMTS*

[218] La contractualisation donne un cadrage au niveau national qui ne correspond pas aux effectifs déployés sur le terrain. Au regard des effectifs rémunérés dans les différents réseaux, la mise sous tension est nettement plus forte pour les CPAM, dont la mission première est le service des prestations et qui voient une cotation sur la GDR survalorisée au regard des moyens humains disponibles. Au delà de cette approche quantitative, la question qui se pose est celle de l'adéquation entre les objectifs et les moyens des organismes du réseau du régime général selon les niveaux d'organisation administrative : la région ou le département.

Tableau 23 : Effectifs affectés à la GDR selon le niveau d'organisation (hors CGSS)

| Niveau d'organisation | Régional (1) | Local (2) | Total |
|---|---|---|---|
| Effectifs affectés en ETP en 2008 | 5284 | 4677 | 9961 |
| Poids des niveaux dans l'effectif total | 53 % | 47 % | 100 % |

(1) Effectifs affectés à la GDR dans les CRAM, DRSM, URCAM
(2) Effectifs affectés à la GDR dans les CPAM

*Source : Mission à partir des données CNAMTS*

[219] Si l'on s'en tient aux seuls chiffres, le poids des deux niveaux régional et local est relativement équilibré.

- Une priorité donnée à la maîtrise médicalisée au sein de la GDR

Tableau 24 : Structuration des objectifs de la gestion du risque

| Types d'actions | 2006 | 2007 | | 2008 | | 2009 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | En points | En % | En points | En % | En points | En % |
| ALD | 50 | 40 | 11 % | 40 | 14 % | | |
| Feux rouges | 20 | 20 | 6 % | | | | |
| Arrêts de travail | 60 | 60 | 17 % | 40 | 14 % | 50 | 17 % |
| Génériques | 60 | 45 | 13 % | | | | |
| Statines | 40 | 40 | 11 % | 20 | 7 % | 35 | 12 % |
| Antibiotiques | 40 | 30 | 9 % | 20 | 7 % | 20 | 7 % |
| IPP | | 20 | 6 % | 30 | 11 % | 30 | 10 % |
| HTA (Sartans) | | | | 20 | 7 % | 30 | 10 % |
| Chirurgie ambulatoire | | | | 40 | 14 % | 35 | 12 % |
| EHPAD | | | | 10 | 4 % | 20 | 7 % |
| Transports | | 25 | 7 % | 15 | 5 % | 30 | 10 % |
| Lits médicalisés | | 20 | 6 % | 10 | 4 % | | |
| CAPI | | | | | | 30 | 10 % |
| Visites des professionnels de santé libéraux par les délégués de l'assurance maladie (DAM) | 100 | 50 | 14 % | 40 | 14 % | 20 | 7 % |
| Sous total Maîtrise médicalisée | 370 | 350 | 100 % | 285 | 100 % | 300 | 100 % |
| Sous total maîtrise médicalisée | 370 | 350 | 87,5% | 285 | 71,2 % | 300 | 75% |
| Qualité du ciblage des contrôles T2A | 30 | | | 30 | | 20 | |
| Recouvrement des indus | | 30 | | 35 | | 30 | |
| Sous total Contrôle | 30 | neutralisé | - | 65 | 16,2 % | 50 | 12,5 % |
| Recours contre tiers | | 20 | 5,0 % | 20 | 5,0 % | 20 | 5,0 % |
| Dépistage cancer du sein | - | - | - | 15 | | 10 | |
| Examen bucco dentaire | - | - | - | 15 | | 10 | |
| Vaccination contre la grippe | - | - | - | - | - | 10 | |
| Sous total prévention | - | - | - | 30 | 7,5% | 30 | 7,5% |
| TOTAL des points | 400 | 400 | | 400 | | 400 | |

*Source : Mission à partir des données CNAMTS*

[220] Ce tableau montre que les objectifs de maîtrise médicalisée ont évolué sur la période de la COG. La maîtrise médicalisée, au départ centrée sur des objectifs conventionnels relatifs aux soins de ville, s'est élargie aux établissements : EHPAD et EPS (contrôles T2A), puis en 2009 à un objectif individuel non conventionnel : le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI).

[221] Il faut également noter que des objectifs relatifs à la prévention ne sont retenus dans les CPG qu'en 2008, soit lors de la troisième année de la COG.

[222] Il montre aussi que le poids des actions de maîtrise médicalisée s'est relativement réduit au regard des autres objectifs : ceux du contrôle et de la prévention.

Tableau 25 : Evolution des domaines d'action dans la contractualisation

| Poids de la cotation par thèmes | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|---|---|---|---|
| Maîtrise médicalisée | 93 % | 88 % | 71 % | 75 % |
| Contrôle | 7 % | 8 % (neutralisé) | 16 % | 13 % |
| Recours contre tiers (RCT) | 0 | 5 % | 7 % | 5 % |
| Prévention | 0 | 0 | 8 % | 8 % |
| TOTAL | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |

*Source : Mission à partir des données CNAMTS*

[223] Entre 2006 et 2009, le poids de la maîtrise médicalisée se restreint passant de 93 à 75% au profit du développement dans la cotation du contrôle qui passe de 7 à 13 %, et de la prévention qui atteint un poids de 8 % dans la cotation générale pour 2009.

#### 4.1.1.3. Une contractualisation qui repose sur des objectifs nationaux déclinés localement et assortis de sanctions positives

[224] Les objectifs annuels en matière de gestion du risque ont deux sources :

- les conventions et avenants conventionnels conclus entre l'UNCAM et les professionnels de santé en ce qui concerne la maîtrise médicalisée[19] ;
- les décisions propres à la CNAMTS sur des postes de dépenses qui évoluent fortement.

[225] Ces objectifs sont conçus à partir du calcul d'une tendance d'évolution de dépenses sur des postes qui dépassent 1 milliard d€. Un objectif de baisse est ensuite déterminé au niveau national, par exemple –5% pour les prescriptions d'antibiotiques en 2008. Cet objectif national est décliné par organisme en tenant compte du niveau de la dépense dans la circonscription et du nombre de bénéficiaires consommant.

Tableau 26 : Exemple d'objectifs CPG pour les prescriptions d'antibiotiques en 2008

| % d'évolution des montants d'antibiotiques remboursés | Poids | 2008 |
|---|---|---|
| Objectif national | | -5% |
| Objectif régional | 40% | -4,6% |
| Objectif local (caisse) | 60% | -4,3% |
| Socle de performance régional | | +1% |
| Socle de performance local | | -2,6% |

*Source : CPG CPAM*

[226] Ces objectifs font l'objet à la CNAMTS d'un suivi mensuel à destination du coordonnateur régional de la gestion du risque et de la lutte contre la fraude. Ponctuellement si un thème dérive, une sélection de caisses est réalisée et une note d'alerte est adressée aux directeurs d'organisme.

[227] L'atteinte des objectifs déclenche l'intéressement collectif après une pondération de 60% pour l'objectif de l'organisme (local) et 40 % pour l'atteinte de l'objectif de la région (régional). Chaque action est assortie d'un objectif quantifié au niveau local et régional comprenant deux niveaux :

- un niveau minimum dit «socle de performance» qui lorsqu'il est atteint déclenche l'intéressement collectif,

[19] Convention nationale médicale article 3-3 (février 2006) et ses avenants 12 (mars 2006) et 23 (mai 2007)

- un niveau d'objectif à atteindre qui majore l'intéressement de 30% au maximum par rapport au socle de performance.

[228] A l'occasion de ses déplacements en région, la mission a pu constater que les objectifs faisaient bien l'objet de la part de responsables d'organismes d'un suivi des résultats mensuels. En cas de dérapage des analyses sont conduites et des actions correctives engagées. Au niveau régional, le coordonnateur du risque suit les indicateurs et anime l'action des différents organismes impliqués dans la GDR.

[229] Le rôle du DRSM est important car c'est lui qui en fonction du suivi des résultats peut affecter des moyens humains complémentaires, soit sur une action donnée, soit sur une caisse précise. La fonction de mutualisation des ressources médicales au niveau régional facilite une atteint des objectifs sur tout le territoire régional

#### 4.1.1.4. Un suivi des résultats au niveau national.qui montre une performance variable selon le type d'organisme

[230] Chaque année à l'automne, les résultats des CPG sont présentés pour tous les organismes devant la commission de l'animation du réseau et des moyens. Les organismes font l'objet d'un classement selon leur taux de réussite selon les axes de contractualisation. Les résultats obtenus par chaque type d'organisme sont présentés devant la Commission de l'animation du réseau et des moyens[20]. Pour 2007, les résultats sont les suivants :

- Concernant les CPAM, la dispersion des résultats selon les objectifs de gestion du risque est présentée dans le tableau suivant :

Tableau 27 : Performance des CPAM sur l'axe gestion du risque en 2007

| Objectifs | Résultat national2007 | Objectifs 2007 | Nombre de CPAM ayant atteint leur objectif en 2007 | Résultat national 2008* |
|---|---|---|---|---|
| ALD | - 0,31 point | - 1,3 point | 0 | + 0,09 point |
| ALD-feux rouges | -0,05 point | - 3 points | 0 | - |
| Nombre d'IJ | 3,3 % | - 2,5 % | 0 | +5,3 % |
| Génériques | 81,7 % | 75,4 % | 101 | - |
| Statines | - 4,1 % | 0 % | 126 | +4,6% |
| Antibiotiques | -3,3 % | - 5 % | 29 | -9% |
| Inhibiteur de la Pompe à Protons (IPP) | - 1,91 % | - 3,7 % | 14 | -6,6% |
| Transports | 7,09 % | 5 % | 19 | +3,9% |
| Lits médicalisés | 3,63 % | 1,8 % | 93 | - |
| Visites DAM | 311 433 | 300 000 | 123 | - |
| Recours contre tiers (RCT) | 19,37 € | 22,01€ | 17 | - |

*Source : CNAMTS (CARM du 11 septembre 2008) *pour 2008 résultats provisoires*

[231] Ce bilan montre des résultats très hétérogènes entre les 128 caisses selon les objectifs. Deux objectifs de résultats sont atteints par presque toutes les caisses : la baisse des prescriptions de génériques et de statines. Un objectif de moyen est largement atteint : le nombre de visites de DAM. En revanche, sont plus discriminants les objectifs sur les prescriptions d'IPP, de transports ou d'antibiotiques qui ne sont atteint que par moins d'une trentaine de caisses. Les objectifs sur les ALD et les IJ ne sont atteints par aucune caisse.

[20] Pour les résultats 2007 réunion du 11 septembre 2008

- Concernant les CRAM, les résultats sont plus homogènes :

Tableau 28 : Performance des CRAM sur l'axe gestion du risque

| Objectifs | Résultat national 2007 | Objectifs 2007 | Nombre de CRAM ayant atteint leur objectif en 2007 |
|---|---|---|---|
| Chirurgie ambulatoire | 57,0 % | 75,0 % | 0 |
| Plateaux techniques | 87,5 % | 100,0 % | 14 |
| Médicaments intrahospitaliers | 95,1 % | 100,0 % | 10 |
| MIGAC | 87,2 % | 85,0 % | 8 |
| Contrôle de l'activité des établissements privés | 100,0 % | 100,0 % | 16 |
| Observatoire interne | 62,5 % | 100,0 % | 10 |
| PRISMES | 93,6 % | 80,0 % | 11 |
| Situation financière des établissements publics et PSPH | 23,2 % | 20,0 % | 12 |
| Appareillage | 25,9 % | 10,0 % | 15 |

*Source : CNAMTS (CARM du 11 septembre 2008)*

[232] Deux objectifs enregistrent des résultats hétérogènes : celui relatif à la chirurgie ambulatoire et celui relatif au contrôle des MIGAC.

- Concernant les DRSM, les résultats sont très homogènes à l'exception de l'objectif relatif aux IJ pour lequel seules 4 DRSM atteignent leur objectif.

| Objectifs | Résultat national 2007 | Objectifs 2007 | Nombre de DRSM ayant atteint leur objectif |
|---|---|---|---|
| Respect des délais réglementaires ETM pour les nouvelles demandes concernant les pathologies faisant l'objet d'un référentiel HAS | 95,6 % | 90 % | 19 |
| Pourcentage de contrôles des arrêts de travail supérieurs à 60 jours | 96,4 % | 97 % | 4 |
| Nombre de contrôles des arrêts de travail de courte durée | 259 332 | 230 000 | 20 |
| Nombre d'avis sur personne | 182 336 | 138 000 | 19 |
| Nombre d'échanges confraternels | 54 336 | 38 500 | 19 |
| T2A : taux de séjours contrôlés | 1,2 % | 1 % | 20 |
| Suivi du respect des contrats conventionnels signés par les PS | 71,5 % | 33,3 % | 19 |

*Source : CNAMTS (CARM du 11 septembre 2008)*

- Enfin, concernant les URCAM, les indicateurs de prévention donnent les résultats suivants :

Tableau 29 : Performance des URCAM sur les indicateurs de prévention

| | **Résultat national 2007** | **Objectifs 2007** | **Nombre d'URCAM ayant atteint leur objectif** |
|---|---|---|---|
| Vaccination contre la grippe | taux de réussite moyen : 12 % | +2 points | 2 |
| Dépistage du cancer du sein | taux de réussite moyen : 89 % | +3 points ou +5 points suivant les URCAM | 19 |
| GRSP/PRSP | taux de réussite moyen : 78 % | Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique | 17 |

*Source : CNAMTS (CARM du 11 septembre 2008)*

[233] Il faut noter une dispersion des résultats entre organismes sur l'objectif relatif au taux de vaccination contre la grippe pour lequel seuls deux organismes atteignent leurs objectifs.

#### 4.1.1.5. Une contractualisation fondée sur des objectifs communs

- Sur deux objectifs de prévention

[234] A partir des scores obtenus par organisme, la mission a rapproché les objectifs communs en matière d'action de prévention des CPAM (128) et des URCAM (19) sur deux objectifs : la progression du taux de dépistage du cancer du sein et la réalisation d'examens bucco-dentaires chez les jeunes.

Tableau 30 : Dispersion des résultats sur deux objectifs de prévention

| | **CPAM 2008** | | **URCAM 2008** | |
|---|---|---|---|---|
| | **Dépistage cancer du sein** | **examens bucco-dentaires** | **Dépistage cancer sein** | **examens bucco-dentaires** |
| Plage | 23 | 41 | 11 | 29 |
| Minimum | -12 | -6 | -5 | 0 |
| Maximum | 11 | 36 | 6 | 28 |
| Moyenne | 0 | 10 | 0 | 10 |
| Écart-type | 4 | 7 | 3 | 6 |
| Dispersion (écart type/moyenne) | | | | |

*Source : Mission IGAS à partir de données CNAMTS*

[235] La dispersion entre organismes est très importante, plus forte pour les examens bucco dentaires que pour le dépistage du cancer du sein. Au niveau régional les écarts se réduisent mais restent notables.

- Sur le développement de la chirurgie ambulatoire

[236] En revanche sur l'objectif de croissance de l'activité de chirurgie ambulatoire, qui est un objectif commun entre les CRAM, CPAM, DRSM et URCAM, la dispersion des résultats est nettement plus réduite.

Tableau 31 : Dispersion des résultats sur la chirurgie ambulatoire en 2008

| Chirurgie ambulatoire | DRSM | CRAM | CPAM | URCAM |
|---|---|---|---|---|
| Plage | 28% | 30% | 28% | 32% |
| Minimum | 46% | 46% | 46% | 42% |
| Maximum | 74% | 76% | 74% | 74% |
| Moyenne | 62% | 62% | 61% | 60% |
| Écart-type | 8% | 9% | 7% | 8% |

*Source : Mission IGAS à partir de données CNAMTS*

- Sur trois objectifs de maîtrise médicalisée, communs entre les CPAM, les DRSM et les URCAM, les résultats sont les suivants :

Tableau 32 : Dispersion des résultats sur les évolutions de prescriptions

| Organismes | CPAM 2008 | | DRSM 2008 | | URCAM 2008 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Objectifs | HTA | Antibiotiques | HTA | Antibiotiques | HTA | Antibiotiques |
| Plage | 5,4% | 9,8% | 3,5% | 10,5% | 1,8% | 4,5% |
| Minimum | 2,9% | -14,2% | 4,7% | -11,4% | 4,7% | -11,6% |
| Maximum | 8,3% | -4,4% | 8,2% | -1,0% | 6,6% | -7,1% |
| Moyenne | 5,8% | -9,2% | 5,8% | -8,6% | 5,8% | -9,1% |
| Écart-type | 1,0% | 1,9% | 0,7% | 2,1% | 0,4% | 1,1% |

*Source : Mission IGAS à partir de données CNAMTS*

[237] La comparaison des résultats donne des dispersions plus fortes pour la réduction des prescriptions d'antibiotiques que pour les Sartans (HTA). Il faut également noter une plus faible dispersion au niveau des URCAM qu'à celui des DRSM pour la prescription d'antibiotiques.

### 4.1.2. Un pilotage qui mérite d'être amélioré sur plusieurs points

[238] Si la mise en place d'un dispositif complet et fortement structuré de gestion par objectifs en matière de gestion du risque constitue un progrès important enregistré sur la période de la COG, des améliorations pourraient être apportées.

**Recommandation n°29 : Instaurer un dialogue de gestion plus nourri pour prendre en compte des spécificités ou actions régionales**

[239] Les objectifs relavant de programme nationaux sont déclinés de façon descendante sans que puissent être valorisés, ni les spécificités de la circonscription, ni les résultats obtenus l'année précédente. La mission a pu constater que dans certaines régions, le délai pris par la CNAMTS pour notifier les objectifs de l'année en cours était mis à profit par les organismes pour appliquer leurs propres actions. Cette marge de manœuvre non voulue, puisque issue de retard dans la notification par la CNAMTS des objectifs de l'année, est qualifiée dans une région visitée de «fond d'écran », une sorte de programmation qui prend le dessus lorsque les objectifs nationaux ne sont pas connus. Ces constats conduisent à recommander l'instauration d'un dialogue de gestion qui permette d'intégrer dans les objectifs des contrats des actions régionales en complément des actions nationales.

**Recommandation n°30 : Rendre plus visibles les actions de portée pluriannuelle**

[240] Dans la contractualisation, les actions issues de la convention médicale de 2005 avaient clairement une portée pluriannuelle puisque des objectifs quantifiés avaient été négociés pour 2005 en prévoyant des avenants pour 2006, 2007 et 2008. En revanche, les actions autres que celles qui ont été visée par la convention n'ont pas forcément un caractère pluriannuel.

[241] Il est nécessaire de donner une visibilité aux organismes en précisant la durée de validité des actions. Au delà de celles qui seront contractualisées sur la durée de la COG, on peut imaginer la mise en œuvre par avenant soit d'action ponctuelle sur un an, soit d'actions pluriannuelles dont la durée devrait être donnée dès l'origine.

**Recommandation n°31 : Modifier les règles de classement des organismes**

[242] Les taux de réussite conduisent à des classements relativement valorisés au sein du réseau alors qu'ils peuvent varier fortement d'une année sur l'autre. Une caisse primaire peut ainsi en un exercice passer du premier tiers au dernier tiers du classement selon les objectifs. Une des raisons de ces variations s'explique par la mise à zéro des objectifs quel que soit l'effort engagé l'année précédente et les résultats obtenus. La cotation devrait tenir compte des efforts engagés et des résultats sur la durée par exemple celle de la COG.

**Recommandation n°32 : Rendre plus discriminants les objectifs**

[243] La mission a pu constater que les objectifs étaient paramétrés pour que le socle qui déclenche l'intéressement puisse être atteint par toutes les caisses. Ce caractère peu discriminant était acceptable dans une phase de construction du dispositif où l'appropriation était un facteur essentiel. Il semble désormais nécessaire de discriminer plus nettement entre les organismes selon les taux de réussite et d'être plus sélectif dans les sanctions positives.

**Recommandation n°33 : Clarifier la mise en œuvre des objectifs communs aux organismes locaux**

[244] Plusieurs objectifs de maîtrise médicalisée sont communs à plusieurs organismes du réseau : CPAM et DRSM ou CRAM et DRSM ou encore CPAM, CRAM et DRSM. Dans ces cas d'objectifs partagés, il n'est pas possible de distinguer ce qui relève de chacun des organismes impliqués dans l'action. Dans ces cas, il serait sans doute nécessaire de raffiner les objectifs en distinguant un objectif de résultat partagé et des objectifs de mobilisation de moyens tels que les visités des DAM pour les CPAM, ou les échanges confraternels pour les DRSM.

### *4.2. Une organisation territoriale qui reste complexe*

[245] L'organisation territoriale de la fonction de régulation au sein de l'assurance maladie se caractérise par une pluralité d'organismes :

- Trois pour le régime général :
  1/ Les CPAM qui ont des circonscriptions infra départementales ou départementales,
  2/ Les CRAM qui ont une circonscription régionale et des compétences tournées vers le monde hospitalier et l'organisation du système de soins ;
  3/ Les DRSM services déconcentrés de la CNAMTS qui sont situées auprès des CRAM et qui ont un pouvoir hiérarchique sur les praticiens conseils localisés auprès des caisses primaires

- et un réseau inter-régimes et de portée régionale, les URCAM.

#### 4.2.1. La fonction de coordination a été privilégiée au détriment de choix plus ambitieux

[246] L'existence de deux niveaux territoriaux, le niveau départemental et le niveau régional d'une part, et l'existence de structures administratives et médicales séparées d'autre part, posent question. Le maintien de la structuration du réseau entre trois catégories d'organismes a conduit à la mise en place de fonctions de coordination.

[247] Deux fonctions de coordination ont été mises en œuvre, d'une part la désignation en 2006 de coordonnateurs régionaux de la gestion du risque, d'autre part la fonction de coordonnateur des DAM.

[248] Cette superposition de coordinations-- coordination de portée stratégique pour la gestion du risque, coordination de moyens pour les DAM-- respecte la spécificité des différents organismes. Mais ce dispositif comporte une fragilité, celle de reposer sur les bonnes volontés de coopération entre les organismes. Alors qu'au niveau de l'établissement public, une réorganisation a été mise en œuvre pour articuler les compétences administratives et médicales, cette réorganisation n'a pas été engagée au niveau territorial. La mise en place des ARS pousse en quelque sorte à cette réorganisation.

#### 4.2.1.1. La coordination du risque : un choix fonctionnel plutôt qu'organique

[249] La mission a pu relever que les organismes du régime général étaient relativement bien spécialisés et présents aux deux niveaux du département et de la région. L'évaluation de la précédente COG avait déjà pointé la question de l'organisation du réseau et prôné plusieurs évolutions notamment une régionalisation du réseau rendue nécessaire par la perspective de la mise en place des ARS.

[250] Ces orientations n'ont pas été suivies et la CNAMTS a opéré en 2005 un choix fonctionnel par la mise en place d'une fonction de coordination de la gestion du risque à laquelle a été ensuite rattachée la lutte contre la fraude.

[251] Le rôle de coordonnateur aurait dû revenir organiquement aux URCAM qui ont de par la loi la mission de coordonner les actions entre les régimes. Dans les faits, le poids de l'inter régime est faible et les URCAM sont devenues des instances de coordination du seul régime général. La note d'orientation du conseil sur l'organisation du réseau de mars 2006 indique bien que « *conformément aux dispositions de la loi du 13 août 2004, les fonctions de coordonnateur du risque et celle de directeur de l'URCAM ont vocation à être agrégées* ».

#### 4.2.1.2. Une coordination à géométrie variable

[252] Mais, cette orientation n'a pas eu de suite. Les coordonnateurs ont été désignés en tenant compte d'éléments conjoncturels, mais aussi par souci d'équilibre entre les différents réseaux : ainsi deux DRSM ont été désignés coordonnateurs du risque, deux directeurs de CRAM, onze directeurs d'URCAM dont six sont directeurs d'URCAM et cinq à la fois directeurs d'URCAM et de CPAM, et trois directeurs de CPAM. Chaque réseau d'organismes a pu ainsi exercer cette fonction.

[253] La mission a pu examiner trois organisations différentes de coordination du risque. La première est une coordination qui peut être qualifiée «d'éclatée », la deuxième est une coordination classique telle que prévue par les textes, donc assurée par l'URCAM ; enfin, la troisième une coordination « médicale » assurée par la DRSM.

- La région Centre est caractérisée par des coordinations éclatées :

[254] la coordination régionale est confiée à la directrice d'une CPAM, importante mais qui n'est pas celle du chef-lieu de région. La coordination régionale des DAM est assurée par la CPAM du chef- lieu de région. La mutualisation des moyens de praticiens conseils est assurée par le DRSM pour toute la région. Il est apparu à la mission que cette organisation était fragile et source de coûts. Fragile parce que pour bien fonctionner, cette coordination suppose une bonne entente entre directeurs, coûteuse car la coordination impose le déplacement des responsables éloignés de prés de deux heures de train.

- La région Rhône –Alpes présente une coordination confiée à l'URCAM et à une CPAM :

[255] Dans cette région, la coordination de la gestion du risque est assurée par le directeur de l'URCAM qui est ensuite devenu aussi directeur de la CPAM de LYON. La dimension de la coordination inter régime est présente. Le cumul de fonction entre direction d'URCAM et de CPAM est porteur de synergie. Enfin le lieu unique de localisation au chef-lieu de région est source de gains de temps et d'énergie.

- La région Nord Pas de Calais bénéficie d'une coordination par la DRSM :

[256] La DRSM a pu prendre cette fonction, par voir de consensus entre les directeurs des CPAM. Il est apparu à la mission que cette formule de coordination permettait d'instaurer une liaison plus directe entre les analyses et les actions à mettre en œuvre. Le cumul de la fonction de mutualisation des ressources médicales et celle de coordination du risque présente une synergie évidente.

#### 4.2.2. Alors que l'articulation des compétences médicales et administratives a été mise en œuvre au niveau national, cette question reste pendante au niveau territorial

[257] L'établissement public a fait l'objet d'une profonde réorganisation à l'initiative du directeur général. Cette réorganisation a permis d'articuler les compétences médicales au sein des différentes directions. Une direction du réseau (la direction déléguée aux opérations) a été créée pour assurer la mise en œuvre de toutes les actions dans le réseau quelle que soit leur portée, administrative et/ou médicale.

[258] Le médecin conseil national est devenu le conseiller du directeur et l'échelon national du service médical qui existait auparavant a été supprimé. Les praticiens conseils sont en revanche répartis au sein des chacune des directions pour faire valoir les compétences médicales.

[259] Ce type de réforme n'a pas été conduit dans le réseau. Les praticiens conseils restent affectés dans des échelons locaux ou régionaux. Ils sont sous l'autorité hiérarchique du médecin conseil régional qui assure la gestion du service médical dans la région. Les DRSM ne constituent pas un organisme local mais un service déconcentré de la CNAMTS. Les caisses sont en revanche dotées d'une autonomie juridique.

[260] Le statut juridique constitue une source de difficulté certaine qui n'existait pas au niveau national.

[261] La question de l'articulation entre le niveau géographique et les compétences médicales et administratives se repose avec la création des ARS. Il est prévu que les personnels des CRAM et URCAM, soient intégrés dans les ARS, mais que s'agissant des DRSM seuls les services chargés de la prévention et de l'organisation des soins y soient intégrés.

[262] Les CPAM d'une part et les DRSM d'autre part, constitueront le réseau de l'assurance maladie. Dans cette configuration la responsabilité de conduire les actions de gestion du risque reste partagée entre la DRSM qui mutualise au niveau régional les compétences médicales et les CPAM qui détiennent les compétences administratives.

Deux options sont ouvertes :

[263] - celle de donner aux DRSM la responsabilité de la conduite des programmes de gestion du risque et d'y rattacher les DAM ; cette formule a le mérite de donner la compétence à un service déconcentré de la CNAMTS et d'afficher encore plus nettement le caractère médicalisé de ces actions d'accompagnement et de contrôle ; elle présente l'inconvénient de cliver fortement les organismes en recentrant le rôle des CPAM sur la qualité de service et l'efficience de la production ; cette option a la faveur de la mission en ce qu'elle organise plus efficacement l'articulation entre compétences médicale et administrative. Ce point est essentiel lorsque l'action a comme cible les professionnels de santé.

[264] - celle de poursuivre dans la voie de coordinations entre organisme ; un des directeurs de CPAM ou de DRSM pourrait être nommé coordonnateurs de la gestion du risque ; cette formule serait plus facile à mettre en œuvre parce qu'elle est le prolongement des choix déjà opérés.

# Annexe 1-2 : Bilan de la lutte contre la fraude et les abus

[265] Dans un contexte de modifications législatives (volet « fraudes » des dernières lois de financement de la sécurité sociale) et institutionnelles (création de la Délégation nationale à la lutte contre la fraude) importantes, témoignant de la priorité assignée à cet enjeu, la lutte contre la fraude s'est imposée depuis 2005 comme un axe important de l'action de l'assurance maladie.

[266] Initiée à compter de 2005 (création d'une mission « fraudes », mise en place de référents régionaux et lancement d'une communication sur ce thème), la nouvelle approche de l'assurance maladie en matière de lutte contre la fraude et les abus a été précisée dans un plan, annoncé le 23 février 2006, puis dans la convention d'objectifs et de gestion.

[267] La COG définit précisément la distinction à opérer entre les fraudes (« actes intentionnels visant à obtenir un avantage illégal » tels que des actes fictifs, des cartes Vitale prêtées ou volées, des actes de chirurgie esthétique présentés au remboursement ou de fausses déclarations de salaires) et les abus, qui relèvent de comportements laxistes au regard d'impératifs de maitrise médicalisée. La convention d'objectifs et de gestion fait en effet de la lutte contre les abus un levier essentiel de la gestion du risque, qui est elle-même un des axes stratégiques assignés à la CNAMTS.

[268] Le texte de la COG est particulièrement précis quant aux engagements assignés tant à l'Etat qu'à l'assurance maladie. Outre la novation résultant de l'adoption d'un plan annuel de contrôle, révisable (cf.*infra*), la COG prévoit notamment de développer les actions de contrôle dans les champs de l'offre de soins autres que le domaine ambulatoire. Ainsi, dans le domaine hospitalier, l'Etat et la CNAMTS se sont engagés à mettre en œuvre le contrôle de l'application de la T2A et, dans le champ médico-social, à renforcer le contrôle des dépenses.

[269] Concernant les procédures et outils, l'Etat s'est engagé dans le cadre de la COG à renforcer le dispositif juridique visant à subordonner l'ouverture des droits aux prestations en nature à condition de résidence, ce qui a été fait, et, de manière plus générale, à proposer toute amélioration du dispositif. Pour sa part, la CNAMTS s'est engagée à être particulièrement attentive à l'ouverture et à la gestion des droits. Surtout, la COG prévoit que l'assurance maladie rénove ses procédures de contrôle :

- par le développement d'actions mieux ciblées à partir de critères objectifs, quantifiés et indiscutables ;
- par l'adoption de méthodes harmonisées sur le territoire afin d'accroître l'efficacité globale des actions et garantir un traitement équitable des assurés et professionnels de santé ;
- par une action plus déterminée en matière de suites données aux contrôles (mesures administratives, actions contentieuses, communication).

[270] L'adoption d'une stratégie offensive, dont le déploiement s'est appuyé sur de nouveaux outils et une organisation adaptée, a produit de premiers résultats encourageants.

# 1. UNE ACTION AMBITIEUSE

## *1.1. Le plan annuel de contrôle structure l'action de la branche en matière de lutte contre la fraude et les abus*

[271] L'assurance maladie s'est dotée, en application de la COG, d'un plan de contrôles, qui est modifié chaque année en fonction des résultats ou des priorités nouvelles définies par la LFSS ou les conventions avec les professionnels de santé.

### 1.1.1. La construction et le suivi du plan sont précisés par la COG

[272] Le plan annuel de contrôle définit des priorités nationales, complétées d'orientations régionales et locales, et est mis en œuvre au niveau régional et local. Il comprend deux volets : la lutte contre les abus, dans le cadre plus général de la gestion du risque, et la lutte contre les fraudes.

[273] Le volet relatif aux abus cible les principaux postes de dépense en lien avec la maîtrise médicalisée. Pour 2006, sont ainsi ciblés l'ordonnancier bizone, les indemnités journalières, les transports sanitaires et la facturation T2A

[274] Le volet relatif aux fraudes comprend des actions nationales et régionales/locales. Les premières comprennent le contrôle de l'ouverture des droits (condition de résidence, droits à CMU, ALD), la gestion de la carte Vitale et des soins réalisés à l'étranger. Les secondes sont laissées à l'initiative des organismes en fonction des spécificités locales (par exemple, fraudes à l'identité, à la déclaration de ressources ou de résidence et plus généralement gestion des droits) et contribuent à la répression des pratiques dangereuses pour la santé de patients[21]. Les actions nationales peuvent être intégrées, si elles présentent un caractère structurel, dans le plan de maîtrise socle[22].

[275] Le plan de contrôle voit son dispositif de suivi précisé par la COG. Les résultats des contrôles doivent faire l'objet de points d'information réguliers, notamment en matière de contrôles hospitaliers. Un tableau de bord de suivi semestriel des contrôles d'actes frauduleux doit rappeler les actions contentieuses, les suites données à contrôle et les montants en jeu.

[276] De surcroît, la caisse nationale transmet chaque année aux ministres en charge de la sécurité sociale, en application de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale, un bilan des actions menées par les organismes.

### 1.1.2. Les domaines de contrôle sont davantage ciblés et hiérarchisés

[277] Les principaux programmes ont pour l'essentiel été lancés dès 2005. Il s'agit notamment :

- du contrôle des règles de prise en charge à 100% sur l'ordonnancier bizone ;
- du contrôle de la tarification à l'activité dans les établissements ;
- des contrôles sur les « mégaconsommants » ;
- du contrôle des abus de facturation de certains actes de biologie (clairance de la créatinine) ;
- et, naturellement, des contrôles des arrêts de travail.

[278] Ils se sont progressivement enrichis de nouveaux champs d'action.

[21] Ces pratiques dangereuses qui mettent en péril la santé des patients sont définies par l'article 223-1 du code pénal : « le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. Cf lettre circulaire 30/06 du 20 juin 2006

[22] Cf. Annexe n°2 : Efficience et productivité

[279] Des programmes supplémentaires portant sur les escroqueries organisées ont ainsi été mis en place au cours de l'année 2006 : répression de fraudes aux prestations en espèces et trafic de médicaments.

[280] En 2007, le contrôle du respect des règles de prise en charge à 100% a été élargi aux praticiens hospitaliers et la CNAMTS a élargi les thèmes de contrôle à la chirurgie esthétique, au respect des règles de prescription et de facturation par les professions prescrites (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, laboratoires, transporteurs sanitaires), aux soins inopinés effectués à l'étranger. Enfin, la fraude aux indemnités journalières a été combattue par une intervention plus précoce pour les arrêts de longue durée (à partir de 45ème jour au lieu du 60ème auparavant).

[281] En 2008, ont été encore intégrés de nouveaux thèmes :

- la facturation des laboratoires de biologie (facturation d'actes non prescrits, facturation d'actes plus onéreux que ceux qui ont été effectivement prescrits et réalisés),
- les professionnels de santé ayant un volume d'activité totalement aberrant (lutte contre les actes fictifs),
- et les indemnités journalières liées au risque professionnel par des contrôles croisés des entreprises et des salariés (lutte contre les complicités entre employeurs et salariés[23]).

[282] La croissance des programmes de contrôle a conduit à préciser les priorités, en liaison étroite avec les nouveaux outils proposés par les lois de financement de la sécurité sociale. Ainsi, l'extension du champ de la mise sous accord préalable et la forte croissance des dépenses de transports sanitaires ont-elles conduit à donner pour priorité la détection et la répression des fraudes à la facturation des transporteurs[24] et des prescriptions abusives de transports. De même, l'extension en LFSS de la procédure de pénalités financières aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes s'est-elle traduite par des contrôles accrus sur les EHPAD. Enfin, à la suite de la LFSS pour 2006, des échanges informatiques avec la direction générale des finances publiques (DGFIP) ont permis de mieux vérifier la résidence en France des bénéficiaires, ainsi que les ressources pour les bénéficiaires de la CMU, dans le cadre d'une prévention des fraudes possibles.

[283] Pour 2009, le plan prévoit encore l'intégration de thématiques supplémentaires, notamment :

- l'hospitalisation à domicile (vérification de la facturation et de la réalité des soins effectués) ;
- la rétrocession des médicaments et la facturation de médicaments et de produits de la Liste des Produits et Prestations (LPP) pour le champ hospitalier ;
- les prescriptions excessives d'actes de masseurs-kinésithérapeutes ;
- les actes facturés à tort à l'assurance maladie et devant être pris en charge par les sociétés d'assurance
- les pensions d'invalidité ou rentes d'accidents de travail pour le champ des prestations en espèces.

### *1.2. Les structures et les moyens consacrés à la lutte contre la fraude et les abus ont été adaptés*

[284] Pour renforcer l'efficacité de sa répression des fraudes, la branche a mis en place une nouvelle organisation et modernisé ses procédures de travail.

[23] Par exemple, montants de rémunération artificiellement "gonflés" pour disposer d'une indemnité supérieure, déclaration d'un accident de la vie courante au lieu d'un accident du travail.

[24] Transports réalisés en véhicule sanitaire léger (VSL) facturés aux tarifs des transports en ambulance, transports facturés à partir de fausses prescriptions médicales de transports en ambulance, transports simultanés de plusieurs patients sans abattement sur les factures…

### 1.2.1. Une nouvelle organisation a été mise en place, fondée notamment sur une direction dédiée

[285] Au niveau national, une Direction du contrôle-contentieux et de la répression des fraudes (DDCCRF), a été créée au sein de la CNAMTS. Auparavant, le contrôle contentieux était suivi par plusieurs services en fonction de la nature des fraudes. Cette direction est chargée de proposer les orientations annuelles en matière de répression des fraudes, de définir les actions à mettre en place pour atteindre les objectifs fixés (méthodes), d'évaluer les résultats et de capitaliser les savoir-faire. En outre, elle peut proposer les évolutions législatives ou réglementaires susceptibles d'accroître son efficacité.

[286] En outre, la direction des finances et de la comptabilité pilote un dispositif de prévention des fraudes grâce à un plan annuel de prévention, le déploiement d'outils automatisés (cf infra) et une veille technologique. Elle propose aux organismes des référentiels de contrôle et de maîtrise des risques ainsi que les outils correspondants (tableaux de bord, indicateurs, requêtes nationales).

[287] Les pouvoirs de ces directions ont été renforcés par l'article 109 de la LFSS pour 2008 qui habilite notamment les caisses nationales à demander aux organismes locaux de traiter et d'exploiter des requêtes définies au plan national.

[288] Au plan local, le volet loco-régional de la lutte contre la fraude et les abus s'est progressivement étoffé.

[289] Le dispositif institutionnel est précisé par la lettre réseau du 28 janvier 2008. Il associe un niveau décisionnel, qui est celui du comité de coordination de la gestion du risque, piloté par le directeur coordonnateur, et un niveau opérationnel, constitué des référents fraudes des organismes et également piloté par le directeur coordonnateur. Le rôle de ce directeur est déterminant : il doit coordonner le plan régional, veiller à la rigueur des méthodes utilisées (détection, investigation, instruction), coordonner les partenariats et animer l'action des organismes. Sans doute, à terme, serait-il souhaitable que les agents exerçant la fonction de directeur coordonnateur s'y consacrent pleinement.

[290] Les caisses locales auditées par la mission ont également réorganisé leurs services de contrôle et largement utilisé la palette d'outils mis à leur disposition par le niveau national, sans cependant que puisse être garantie en la matière une application uniforme sur le territoire.

### 1.2.2. Les moyens humains ont été renforcés

[291] Dans le cadre de la COG, la CNAMTS s'est engagée à doter de moyens informatiques et humains les actions de contrôle et à encourager des contrôles mutualisés avec les autres branches et régimes.

[292] Le renforcement des moyens s'est notamment traduit par la création en 2008 d'une cellule spécialisée sur les pharmacies, composée d'experts, dans le cadre des actions de contrôle menées notamment sur les pharmacies d'officine.

[293] D'autre part, des actions de formation ont été conduites en faveur des personnels administratifs et médicaux assurant des missions de contrôle (notamment formation au PMSI et à la T2A pour les praticiens conseils). Des formation-sensibilisation dans le cadre de la formation initiale, des formations professionnalisées ou continues ont aussi été mises en œuvre.

[294] L'Etat et l'assurance maladie ont enfin mis en place le dispositif d'assermentation des praticiens conseils prévu par l'article L. 114-10 du code et qui leur permet de « procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles ».

### *1.3. De nouveaux outils juridiques et contentieux sont mobilisés*

#### 1.3.1. De nouvelles procédures de travail ont été mises au point

[295] Le dispositif de contrôle interne s'est progressivement articulé avec les actions en matière de contrôle et de lutte contre la fraude, par exemple via la diffusion d'un catalogue de requêtes

[296] Des guides de bonne pratique par thème et des méthodologies ont été diffusés à l'ensemble des organismes, des instructions nombreuses étant diffusées par lettre réseau.

[297] Désormais, toutes les fraudes repérées sont recensées chaque trimestre au niveau national par remontée d'information, en plus des signalements réalisés traditionnellement par les caisses locales au cas par cas.

[298] Ce système contribue au recueil d'informations rendu nécessaire par l'article L 1169 (synthèse adressée aux ministres) et permet surtout à la CNAMTS de suivre les champs d'action non couverts par les plans nationaux et de piloter l'action de son réseau (définition des objectifs et estimation du niveau de performance au travers des deux indicateurs de nombre de fraudes à détecter et de montant théorique du préjudice subi).

[299] Les fraudes détectées font l'objet d'une analyse approfondie au niveau local et national qui peut donner lieu à un plan de prévention spécifique : modification d'un logiciel pour y inclure le repérage automatisé d'anomalies recensées comme caractéristiques de fraudes, nouvelles procédures de contrôle spécifique, etc. En 2009 a été déployé un logiciel de gestion des signalements de fraude permettant une gestion plus homogène des signalements, un historique des signalements de dossiers, une transmission de ces informations aux partenaires.

[300] Les méthodes de contrôle ont été affinées. A titre d'exemple, pour les contrôles systématiques, l'effort est porté sur la vérification de la cohérence entre la demande de paiement et les données du fichier (droit à la prise en charge à 100 % au titre d'une ALD ou non, bénéficiaire d'une rente « accident du travail » ou non…), la vérification du statut du professionnel de santé et des cotations. La détection de facturations multiples repose sur des contrôles a priori automatisés, associés à des contrôles a posteriori fondés sur des requêtes informatiques. Le contrôle de la réalité et de la justification des actes doit être approfondi notamment au regard du risque de double facturation

#### 1.3.2. Les nouveaux outils issus de la loi relative à l'assurance maladie ont été largement utilisés

[301] Il s'agit notamment de la mise sous accord préalable de certains praticiens et du dispositif de pénalités financières.

[302] L'article 25 de la loi du 13 août 2004 (art. 162-1-15 du Code de la Sécurité Sociale) instaure une procédure administrative qui permet de vérifier toutes les prescriptions d'arrêts de travail faites par un médecin avant leur paiement et pendant une durée déterminée. Le seuil à partir duquel la pratique de prescription est présumée abusive est déterminé au niveau national. Les médecins qui ont été mis sous accord préalable pour leurs arrêts de travail sont ceux qui prescrivaient plus de quatre fois et demie plus que leurs confrères (soit environ 10 000 prescriptions/an).

[303] L'article 23 de la loi du 13 août 2004 (art. 162-1-14 du Code de la Sécurité Sociale) prévoit que le directeur d'une caisse d'assurance maladie peut prononcer une pénalité financière à l'encontre d'un assuré, un employeur, un professionnel de santé ou un établissement de santé.

[304] Un décret pris en Conseil d'Etat le 25 août 2005 a fixé les modalités d'application de cet article et c'est en 2006 que le dispositif a vraiment commencé à donner des résultats. Il a été renforcé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 : le champ d'application des pénalités est élargi tandis que leur plafond est considérablement augmenté et proportionnel à la gravité des faits.

[305] Les résultats de ces procédures sont précisés *infra*.

### 1.3.3. Des coopérations accrues sont engagées avec les autres organismes et les services publics

[306] Le protocole d'accord entre la CNAMTS la police nationale et la gendarmerie nationale du 16 janvier 2007 pose les bases d'une collaboration fondée sur :

- Les échanges d'expérience en matière de fraudes et de trafics (identification des principaux mécanismes de fraude et définition de typologies).
- la mise en place de procédures d'alerte et de circuits d'information formalisés. Dans ce cadre ont été relevés des fraudes de pharmaciens ou un trafic francilien de traitements substitutifs aux opiacés (Subutex)25. En cas d'arrestations de personnes en possession de faux papiers, les cartes Vitales sont retournées à l'Assurance Maladie pour analyse et destruction.
- un partage de compétences en matière de formation et de conseil. La police nationale et la gendarmerie nationale doivent apporter leur savoir-faire dans la formation à la détection des faux papiers que l'Assurance Maladie prévoit d'assurer pour une partie de son personnel.

[307] Une collaboration est en cours avec les services fiscaux pour fiabiliser le service des prestations sous condition de résidence et de ressources et avec les URSSAF pour les déclarations préalables à l'embauche et échanges de PV de travail dissimulé

[308] Une concertation a été mise en place entre la CNAMTS et les assureurs complémentaires afin de définir les procédures permettant d'informer l'assureur des fraudes affectant le régime de base.

[309] La création de la délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF) doit permettre d'accroître et de renforcer ces coopérations. Dans le cadre de la délégation, l'assurance maladie participe à des groupes de travail sur la mise en œuvre de programmes de formation et d'information, les échanges d'information entre organismes, l'amélioration du taux de recouvrement des indus. De même, au niveau local, les organismes participent aux comités locaux de lutte contre la fraude existants.

### 1.3.4. Des suites plus nombreuses sont données aux contrôles

[310] Ces suites peuvent être :

- des sanctions et pénalités (la CNAMTS s'engageant à mettre en œuvre les sanctions civiles, pénales et ordinales adaptées et à user des pénalités et sanctions relevant du code de la sécurité sociale)
- la communication au public de ces actions. Dans le cadre de la COG, la CNAMTS s'est engagée à rendre publiques les actions de contrôle et les sanctions appliquées.A ce titre, l'assurance maladie a notamment mené des campagnes sur son plan annuel, sur le contrôle de la tarification à l'activité et sur les trafics de médicaments à l'exportation.

En outre, mais sur un champ plus large que celui des fraudes et abus, la COG prévoit que la récupération des indus soit systématique, en priorisant cependant les indus les plus importants. Les montants recouvrés croissent ainsi progressivement sur la période : 2004 727,0 M€ (2004), 715,6 M€ (2005,) 773,9M€ (2006), 832,0 M€(2007), soit +14,4% en quatre ans.

[25] Au cours du premier semestre 2007, plusieurs personnes ont été mises en examen dans le cadre du trafic de Subutex: 10 médecins, 14 pharmaciens et 5 personnes soupçonnées d'être à la tête du trafic.

**Réponse de l'organisme :** *Une erreur semble exister dans la dernière phrase de ce paragraphe : "Les montants recouvrés croissent cependant modérément : 727,0 M€ (2004), 715,6 M€ (2005), 773,9 M€ (2006), 832,0 (2007) soit + 6,8% en 4 ans." Les montants recouvrés croissent, en fait, de **+ 14,4%** [(832-727)/727)] **en 4 ans** intervalles inclus (2004-2007) et non de + 6,8%.*

**Observation de la mission :** *Chiffre corrigé.*

## 2. DES RESULTATS PROBANTS A CONFORTER

### *2.1. Les économies générées*

[311] Selon les données collectées par la CNAMTS, le montant des fraudes et abus détectés s'est élevé au titre de 2006, à 117,9M€, et au titre de 2007 à 143,2M€, les données relatives aux années précédentes n'étaient pas quantifiées (fourchette de 8 à 15 M€)[26]. D'autre part la CNAMTS évalue les économies réalisées à 90,56M€ en 2006, à 125,5 M€ en 2007 et à 131,7 millions d'euros en 2008 (pour un objectif fixé à 110 M€).

[312] Au total, depuis le lancement du programme national en 2005, ce sont environ 360 millions d'euros qui ont été économisés.

[313] Doit en outre être pris en compte l'effet indirect des mesures, notamment de celles qui conduisent à modifier les pratiques par peur des contrôles ou prise de conscience des prescripteurs (ordonnancier bi-zone, mise sous entente préalable des prescriptions d'arrêt de travail…) : elles contribuent à infléchir la croissance tendancielle de dépenses de l'assurance maladie.

.

[26] Le bilan prévu à l'article L. 114-9 CSS n'étant pas disponible pour 2008 au moment des investigations, les chiffres présentés pour cette année ne sont que partiels et résultent du point d'information du 5 mars 2009 de la CNAMTS

| | | Montant des fraudes, fautes, abus détectés | | | | | Economies directes constatées (en M€) | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | préjudice évité | | montant des indus notifiés | | montant des transactions | | Montant des pénalités financières | | Montant des condamnations judiciaires | | Total | | |
| **Niveau** | **Thèmes** | Objectif 2006 | résultats 2006 | objectifs 2007 | résultats 2007 | 2007 / 2006 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2007/2006 |
| | Contrôles T2A | 15 | 35 | 48 | 56,6 | **61,7%** | 9,0 | 17,6 | 9,0 | 34,5 | 5,9 | 3,0 | | | | | 23,9 | **55,1** | **130,5%** |
| | Mise sous accord préalable IJ | 30 | 23,1 | 15 | 11,3 | **-51,1%** | 23,1 | 11,3 | | | | | | | | | 23,1 | **11,3** | **-51,1%** |
| | Ordonnancier bi-zone | 15 | 18 | 10 | 7,5 | **-58,3%** | 18,0 | 7,5 | | 0,0 | | | 0,0 | 0,1 | | | 18,0 | **7,6** | **-58,0%** |
| | cotation clearance créatinine | 2 | 1 | | | | 1,0 | | 0,5 | | 1,4 | | | | | | 2,9 | | |
| | Chirurgie esthétique | 10 | 10 | 10 | 10,9 | **9,0%** | 2,7 | 10,9 | | | | | | | | | 2,7 | **10,9** | **303,7%** |
| | Méga-consommants | 1 | 3 | 1 | 1,2 | **-60,0%** | 1,2 | | | 0,0 | | | | | | | 1,2 | **0,0** | **-99,5%** |
| | Traitement de substitution aux opiacés | 1,4 | 4,1 | 1 | 8,5 | **107,3%** | 1,1 | 5,0 | | | | | | | | | 1,1 | **5,0** | **354,5%** |
| | contrôle ordonnacier bizone (hôpital) | 2 | 2 | 2 | | | | | | 0,0 | | | | | | | | **0,0** | |
| | pratiques frauduleuses des pharmacies d'officine | 10 | | 5 | 0,4 | | | | | 0,1 | | | | | | | | **0,1** | |
| national | **SS-Total** | 86,4 | 96,2 | 92 | 96,4 | **0,2%** | 56,1 | 52,3 | 9,5 | 34,6 | 7,3 | 3,0 | 0,0 | 0,1 | | 0,0 | 72,9 | **89,9** | **23,3%** |
| | Thèmes d'initiative locale | 15 | 20,3 | 20 | 31,5 | **55,2%** | 3,9 | 6,9 | 8,4 | 15,6 | 0,6 | 1,6 | 0,1 | 0,3 | 3,3 | 2,4 | 16,3 | **26,8** | **64,9%** |
| | Fraudes en bande organisée sur les IJ | sans objet | 1,4 | | | | 1,4 | | | | | | | | | | 1,4 | | |
| loco-régional | Autres | | | | 15,3 | | | 8,1 | | | | 0,7 | | | | | | **8,7** | |
| **Total** | | 101,4 | **117,9** | 112 | **143,2** | **21,5%** | 61,4 | **67,3** | 17,9 | **50,2** | 7,9 | **5,3** | 0,1 | **0,4** | 3,3 | **2,4** | 90,6 | **125,5** | **38,6%** |

[314] L'examen des programmes nationaux permet d'apporter les précisions suivantes :

- **en ce qui concerne l'ordonnancier bi-zone**, 1 990 contrôles de médecins ont été réalisés sur 2006 et 2007 pour un non respect manifeste des règles de la prise en charge à 100%, générant 25,5 millions d'euros d'économies. Le rendement a été plus élevé en 2006 (18 M€), en raison d'un effet dissuasif supérieur du programme sur 2007 ou d'un moindre nombre de médecins contrôlés (lié au fait que le nombre de médecins ciblés pour une suspicion de prescriptions excessives à 100 % a diminué de 5% en un an). C'est pourquoi le montant détecté pour ce type de faute a nettement diminué : 1,3 M€ en 2008, contre 7,5 M€ en 2007 et 20 M€ en 2006. En 2008, 278 médecins ont été identifiés et 169 pénalités financières prononcées.
- **pour les contrôles de la tarification à l'activité**, les économies ont crû de 24 millions d'euros en 2006 à 46,7 millions d'euros en 2007 dans le cadre du contrôle de 1027 établissements. 458 nouveaux établissements ont été ciblés en 2008 et 32,6 millions d'euros économisés.
- **pour le contrôle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),** l'année 2008 s'est caractérisée par le lancement d'un programme national presqu'exhaustif de contrôle des EHPAD: 4 689 sur un total de 5 551. 15,4 millions d'euros d'infractions ont été détectés. Ce programme ayant débuté au cours de l'année, 4,5 millions d'euros ont été économisés en 2008, les procédures étant encore en cours.
- **le programme relatif aux « mégaconsommants » montre** une forte baisse des effectifs d'une année sur l'autre, le nombre de personnes ciblées selon les mêmes critères de consommation de soins (consultations et médicaments) étant passé de 4 175 en 2006 à 2457 en 2007 et 1 800 en 2008. Le montant financier en jeu était de 3 millions d'euros de fraudes détectées en 2006. Pour les personnes contrôlées, les réponses vont de l'engagement de procédures pénales à la suspension de prise en charge de traitement ou à un suivi médical plus encadré.
- pour les arrêts de travail, existent d'abord des **contrôles systématiques sur les arrêts de longue durée**. Depuis 2005, tous les assurés ayant un arrêt maladie de plus de deux mois sont systématiquement contrôlés. Depuis août 2007, les arrêts de travail sont contrôlés à compter du 45ème jour au lieu du 60ème jour jusqu'alors. En outre, interviennent **des contrôles ciblés des arrêts de travail de courte durée**. Ils concernent les personnes qui ont eu plusieurs arrêts de courte durée au cours des douze derniers mois.

[315] En 2008, les services médicaux de l'Assurance Maladie ont contrôlé au total plus d'1 million d'arrêts maladie (contre 900 000 en 2007 et 700 000 en 2006).

[316] Enfin, les prescripteurs excessifs d'indemnités journalières peuvent être **mis sous accord préalable**. Ces contrôles ne concernent toujours qu'un petit nombre de médecins : en 2007, 136 médecins généralistes (sur une population de 54 000) et 30 médecins spécialistes, pour une économie de 11,3 millions d'euros. En 2008, 146 médecins généralistes pour une économie de 13,3 millions d'euros. Les sommes sont moins importantes qu'en 2006 (23 M€) car les prescripteurs les plus excessifs (plus de dix fois la moyenne nationale) avaient déjà été ciblés en 2006.

- le **contrôle de la chirurgie esthétique a** consisté à vérifier systématiquement toutes les demandes d'ententes préalables reçues par les services du contrôle médical, après concertation avec les instances représentatives des chirurgiens plasticiens (sociétés savantes et syndicats). 21 000 ententes préalables ont été reçues et contrôlées en 2008 par les médecins-conseils de l'Assurance Maladie pour s'assurer que les interventions relèvent bien de la chirurgie réparatrice (prise en charge) et non esthétique (non remboursée). Le taux de refus de prise en charge sur l'année s'élève à plus de 20%, près de 10,8 millions d'euros d'économies ont été enregistrés (24 M€ depuis 2006).

- pour le contrôle des traitements substitutifs aux opiacés, l'analyse des données montre une baisse très sensible du montant des fraudes détectées à méthode de ciblage identique : 3,9 millions d'euros en 2008 contre 7,1 M€ et 9,7 M€ en 2006 et 2007. Ce résultat témoigne de l'impact des actions menées par l'Assurance Maladie en étroite collaboration avec les services de police.
- le programme national de contrôle des transports sanitaires a débuté en 2008. Plus de 400 sociétés de transports ont été contrôlées de manière détaillée : facturations (vérification des prescriptions de transports, de la réalité des transports réalisés, surfacturations éventuelles, etc.) et conditions d'exercice (autorisation des véhicules, diplômes des personnels,….). Parallèlement, le dispositif de mise sous accord préalable de médecins, prescripteurs excessifs de transports sanitaires, initié en cours d'année, a concerné 140 professionnels.
- pour les actes de **masso-kinésithérapie**, l'extension du dispositif de mise sous accord préalable a conduit à placer 150 médecins libéraux sous accord préalable. Et parallèlement une action dédiée a été développée afin de repérer les activités potentiellement frauduleuses ou infractions de certains masseurs-kinésithérapeutes

[317] Les actions propres des caisses ont également connu un fort développement en cours de COG. Les actions d'initiative locale enregistrent plus de 60 millions d'euros d'économies en 2008, contre 27 M€ en 2007 et 16 M€ en 2006.

### *2.2. Les sanctions*

[318] Le dispositif de **mise sous accord préalable** de médecins, utilisé jusqu'ici pour les arrêts de travail uniquement, a été élargi en 2008 aux prescriptions de transports sanitaires et d'actes de masso-kinésithérapie. Près de 450 médecins libéraux ont été concernés par ce dispositif en 2008 contre 120 en 2007.

[319] En 2006, les caisses d'Assurance Maladie ont déclenché 1291 procédures de **pénalités financières** qui ont débouché sur l'envoi de lettres de mise en garde à 1049 professionnels de santé, 239 assurés et 3 employeurs. 48 pénalités financières ont également été prononcées dans le même temps, à l'encontre de 36 assurés (dont la moitié des dossiers concernait des fausses déclarations de ressources pour obtenir des Fonds de solidarité invalidité (FSI), 11 professionnels de santé (dont 8 se rapportaient au programme national de contrôle sur les prescripteurs excessifs en matière d'utilisation de l'ordonnancier bizone) et un employeur (production d'une fausse attestation de salaire). En 2007 l'Assurance Maladie a prononcé 150 pénalités financières, et en 2008 521, pour un montant moyen de 1 500 € avec un maximum à 5 400 €.

[320] La loi de financement de la sécurité sociale 2009 a renforcé ce dispositif afin de dissuader toujours plus les fraudeurs éventuels et d'adapter le montant des pénalités financières à la nature de l'infraction commise : leur champ d'application est élargi tandis que leur plafond est considérablement augmenté et proportionnel à la gravité des faits. Le

[321] En 2006, 422 nouvelles **actions ordinales** ont été engagées. Au cours de l'année, 351 interdictions de donner des soins aux assurés sociaux ont été prononcées à l'encontre de professionnels de santé par les Conseils des Ordres professionnels (contre 285 en 2005), dont :

- 29 interdictions de donner des soins de plus d'un an (soit 21% de plus que l'année précédente) *;*
- 33 interdictions de donner des soins entre 6 mois et un an (+ 13,8%) *;*
- 221 interdictions entre 1 et 6 mois (+35%) ;
- 68 interdictions inférieures à 1 mois.

[322] Deux médecins ont fait l'objet d'une suspension d'exercice pour activité dangereuse au terme d'une procédure préfectorale engagée par le service du contrôle médical.

[323] En 2008 les instances ordinales ont prononcé **près de 300 interdictions d'exercer** à l'encontre de professionnels de santé, suite aux plaintes déposées par l'Assurance Maladie (78% des décisions prises aboutissent à des interdictions de donner des soins).

[324] Concernant les actions civiles, 223 ont été engagées en 2006. Les condamnations financières prononcées par les juridictions civiles et administratives s'élèvent à 925 000 euros en 2006, soit 3 fois plus qu'en 2005 (305 000 euros). En 2008, le total des condamnations s'élève à 3,5 millions €.

[325] Enfin, 1 616 **procédures pénales** ont été engagées en 2006 par les caisses d'Assurance Maladie. Les personnes poursuivies risquent de la prison (ferme ou avec sursis) ou des condamnations financières. 143 personnes ont été condamnées à des peines de prison avec ou sans sursis (118 en 2005, soit une augmentation de 21,2%). Sur les 30 000 journées de prison prononcées en 2006, 79 % le sont avec sursis. En 2008, les actions engagées par les Caisses ont abouti à 230 condamnations pénales : les peines de prison sont d'une durée moyenne de 8 mois soit près de 49 000 journées de prison, dont plus de 15 000 pour la prison ferme. Le nombre de journées de prison ferme a été multiplié par 3 depuis 2005.

# Annexe 1-3 : Fiche : Cadre juridique de la convention d'objectifs et de gestion

[326] Les conventions d'objectifs et de gestion (COG) ont été créées par les ordonnances de 1996. Comportant des engagements réciproques entre l'Etat et les caisses, elles déterminent les objectifs pluri-annuels de gestion assignés aux caisses, ainsi que leurs moyens de fonctionnement et les actions à mettre en œuvre. Une annexe annuelle au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) présente ces objectifs et, pour le dernier résultat clos, les résultats atteints.

[327] En raison de l'originalité des missions de l'assurance maladie, qui ne se résument pas au service de prestations, la COG de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) revêt par nature une dimension particulière, qui se traduit d'ailleurs par des dispositions légales spécifiques à la branche.

[328] La COG 2006-2009 a ainsi pris en compte la réforme de l'assurance maladie introduite par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui a renforcé le rôle de la CNAMTS et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) dans la régulation du système de santé (I).

[329] La prochaine COG devra quant à elle tirer les conséquences des réformes introduites par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (II).

## 1. LA COG 2006-2009 S'INSCRIT DANS LE CONTEXTE DE L'EXTENSION DES COMPETENCES DE L'ASSURANCE MALADIE ORGANISEE PAR LA LOI DU 13 AOUT 2004

### *1.1. La réforme de l'assurance maladie a précisé les compétences de la branche et doté le directeur général de la CNAMTS de pouvoirs nouveaux, assis sur une légitimité renforcée*

#### 1.1.1. L'articulation des compétences entre l'Etat et l'assurance maladie a été précisée par la loi du 13 août 2004

[330] En matière d'**articulation des politiques de santé et d'assurance maladie**, l'article L. 111-2-2 du code de la sécurité sociale (CSS) a précisé qu'en partenariat avec les professionnels de santé, les régimes d'assurance maladie « veillent à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. Ils concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'Etat ».

[331] L'article L. 161-28-1 CSS dispose que le SNIIRAM contribue « à la définition, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques de santé publique » (art 24 de la loi). L'article L 183-1 CSS prévoit depuis 1996 que les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) veillent à la « mise en œuvre par chacune des caisses des actions de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect des priorités de santé publique arrêtées au niveau régional ».

[332] Dans le champ strict de l'**assurance maladie**, les prérogatives de l'assurance maladie ont été renforcées, notamment par des transferts de compétence au profit de l'UNCAM dont les trois principaux sont les suivants :

- L'UNCAM s'est vue reconnaître la responsabilité de fixer les différents **niveaux de ticket modérateur** dans le cadre de fourchettes définies par le pouvoir réglementaire (R. 322-1

CSS).Le ministre chargé de la santé ne peut s'y opposer que par décision motivée pour des motifs de santé publique ;

- L'UNCAM s'est vue reconnaître la responsabilité principale de la **gestion de la nomenclature** des actes des professionnels de santé dans le cadre des évaluations scientifiques de la haute autorité (L 162-1-7 CSS). Ainsi, les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'UNCAM, après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et de l'Union nationale des organismes d'assurances maladie complémentaires (UNOCAM). Les actes ou prestations sont inscrits sur la liste au vu de leur service attendu qui prend en compte l'intérêt diagnostique ou thérapeutique de cet acte ou de cette prestation et son intérêt de santé publique. Les ministres compétents peuvent s'opposer aux décisions de l'UNCAM dans un délai de quarante cinq jours: cette opposition est motivée et notifiée. Passé ce délai, la décision est réputée approuvée. Le ministre chargé de la santé garde la possibilité de procéder d'office, par arrêt pris après avis de la HAS à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique ;

- L'UNCAM a enfin la responsabilité de **négocier et signer les accords conventionnels** avec les professionnels de santé. Le champ conventionnel a été élargi, notamment à la définition des avantages sociaux des professionnels de santé et aux dispositifs d'aide à l'installation (L. 162-14-1 CSS). En outre, l'assurance maladie peut désormais signer des conventions interprofessionnelles.

[333] Les compétences ont enfin été accrues dans les domaines du **médicament et des établissements de santé**, par une participation renforcée des régimes aux instances concourant à la définition des politiques en ces domaines :

- l'assurance maladie est désormais associée à la définition de la politique de financement des établissements de santé et des objectifs de dépenses en la matière dans le cadre d'un conseil de l'hospitalisation (L. 162-21-2)[27] et au suivi des dépenses relatives aux frais d'hospitalisations dans le cadre de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée créé par la LFSS pour 2007 (L. 162-21-3)[28].

- le comité économique des produits de santé comprend désormais trois représentants des caisses nationales d'assurance maladie : deux désignés par le directeur général de la CNAMTS et l'autre désigné conjointement par le directeur de la Caisse nationale du RSI et le directeur de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

[334] A côté de ces compétences inter-régimes, l'article L 211-1 CSS précise que la CNAMTS, au titre du régime général, a notamment pour rôle :

- -« de promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants et de coordonner les actions menées à cet effet par les caisses régionales et les caisses primaires d'assurance maladie », dans le cadre des programmes prioritaires nationaux déclinés par la COG ;
- d'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses régionales et des caisses primaires d'assurance maladie, sur lesquelles elle exerce un pouvoir de contrôle ;
- d'organiser et de diriger le contrôle médical ;
- de mettre en œuvre les actions conventionnelles ».

[27] L'assurance maladie y est représentée par le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ou son représentant et un représentant des organismes nationaux d'assurance maladie désigné par le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (arrêté du 7 mai 2007 pris en application de l'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale et fixant la composition et les modalités de fonctionnement du conseil de l'hospitalisation).

[28] L'assurance maladie y est représentée par cinq représentants désignés par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Art D. 162-17 CSS issu du décret du 15 mai 2007 relatif à la composition et aux modalités de fonctionnement de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée). D'ici 2012, il sera procédé à une évaluation du fonctionnement de cet observatoire ; celle-ci devra se prononcer sur l'opportunité de le voir poursuivre son activité de façon autonome ou de le fusionner avec le conseil de l'hospitalisation.

### 1.1.2. La nouvelle gouvernance a renforcé les pouvoirs du directeur général de la CNAMTS

[335] La loi portant réforme de l'assurance maladie a réformé la gouvernance de l'assurance maladie et doté le directeur général de la CNAMTS de pouvoirs nouveaux - et distincts de ceux accordés aux autres directeurs de caisses nationales -, tant en matière de gestion de son réseau que de définition des politiques de santé et d'assurance maladie.

#### 1.1.2.1. Le statut personnel du directeur général de la CNAMTS renforce sa légitimité

[336] Cette légitimité trouve sa source dans trois dispositions :

- dans les autres caisses nationales de sécurité sociale, le directeur est nommé par l'autorité compétente de l'Etat après avis du président du conseil d'administration. Pour la CNAMTS, le directeur général est nommé par décret pour une durée fixe de cinq ans, qui lui assure une relative stabilité dans ses fonctions : en effet, avant ce terme, il ne peut être mis fin à ses fonctions qu'après avis favorable du conseil à la majorité des 2/3. Le conseil (qui n'est plus « d'administration ») peut s'opposer à la proposition de nomination avec la même règle de majorité (L 221-3-1 CSS) ;

- le conseil d'administration de la CNAMTS est devenu un conseil. Ses missions sont définies à l'article L. 221-3 CSS sans qu'une parfaite cohérence existe entre les missions confiées à la CNAMTS et à l'UNCAM d'une part, au conseil de la CNAMTS et au conseil de l'UNCAM d'autre part. Le conseil de la CNAMTS détermine, sur la base de propositions du directeur général, les orientations de la politique de gestion du risque et les budgets nationaux de gestion et d'intervention. Le conseil peut demander, sur la base d'un avis motivé un second projet auquel il ne peut s'opposer qu'à la majorité des 2/3. En outre, le conseil détermine :

- les orientations relatives à la contribution de l'assurance maladie à la mise en œuvre de la politique de santé ainsi qu'à l'organisation du système de soins, y compris les établissements de santé, et au bon usage de la prévention et des soins,

- les orientations de la COG,

- les principes régissant les actions de contrôle, de prévention et de lutte contre les abus et les fraudes,

- les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'usager,

- les axes de la politique de communication à l'égard des assurés sociaux et des professions de santé, dans le respect des guides de bon usage des soins et de bonne pratique établis par la Haute Autorité de santé,

- les orientations d'organisation du réseau des organismes régionaux, locaux et de leurs groupements ou unions.

- le directeur général de la CNAMTS est statutairement directeur général de l'UNCAM, la structure inter-régimes qui exerce les compétences de l'assurance maladie en matière de gestion du risque (L 182-2-2 CSS) et notamment les principaux pouvoirs délégués (convention, ticket modérateur, nomenclature). Si le conseil de l'UNCAM délibère sur les orientations de son domaine de compétence, c'est le directeur général de l'union qui est en première ligne. En effet, si le conseil adopte les mesures sur la participation des assurés (et peut demander un deuxième projet au collège des directeurs et s'opposer à celui-ci à la majorité des 2/3), il est simplement tenu informé de la mise en œuvre par le collège des trois directeurs des orientations sur la nomenclature. Le directeur général a

même mandat des directeurs des deux autres caisses nationales pour négocier et signer les conventions avec les professionnels de santé, dont le conseil est là aussi simplement « tenu informé ».

1.1.2.2. Le directeur général exerce un pilotage renforcé sur son réseau

[337] La réforme a accru les prérogatives du directeur général à un double point de vue :

-concernant la procédure de nomination des agents de direction de la branche maladie, le directeur général nomme le directeur ou l'agent comptable après avis du comité des carrières. Il doit cependant informer préalablement le conseil de l'organisme local ou régional, qui peut s'y opposer à la majorité des 2/3. En outre, il peut librement mettre fin aux fonctions du directeur local sous les seules garanties prévues par la convention collective (L. 217-3-1 CSS).

[338] Dans les autres branches, le directeur national ne pouvait jusqu'à présent que proposer au conseil d'administration régional ou local une liste de trois noms, établie après avis du comité des carrières. L'article 121 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a cependant prévu l'extension aux autres branches des dispositions propres à la CNAMTS en matière de nomination des directeurs locaux.

- le directeur général est chargé de prendre toutes les mesures nécessaires à l'organisation et au pilotage du réseau des caisses du régime général : il peut notamment définir les circonscriptions d'intervention des organismes locaux et confier à certains organismes (à l'échelon national, inter-régional, régional, ou départemental) la charge d'assumer certaines missions (gestion, service des prestations …).

[339] Comme les autres directeurs nationaux, il peut prescrire aux organismes de bases toutes mesures tendant à améliorer leur gestion ou à garantir le respect de leurs budgets ou à assurer la compatibilité des initiatives informatiques locales avec les schémas nationaux. En cas de carence, il peut les mettre en demeure de prendre les mesures de redressement nécessaires voire se substituer à elles s'il le juge nécessaire.

### *1.2. Le dispositif juridique prévu pour les COG ne paraît pas adapté aux responsabilités confiées à l'assurance maladie*

1.2.1.1. Les textes prévoient certaines modalités propres à la branche maladie …

[340] Pour toutes les caisses concernées, les COG comportent des dispositions relatives aux objectifs d'amélioration de la qualité de service aux usagers ou de la productivité du réseau, ainsi que des objectifs concernant l'action sociale ou la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires régissant la gestion du risque ou le service des prestations.

[341] En outre, elles déterminent les conditions de conclusions d'avenants, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale et le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés. La COG de la CNAMTS 2006-2009 prévoit ainsi (chapitre 4.1) que chaque année l'Etat et la CNAMTS procèdent à une évaluation contradictoire de la convention qui donne lieu à un rapport au conseil de la CNAMTS. Elles peuvent prévoir des indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

[342] Enfin, un conseil de surveillance, composé notamment de parlementaires (et dans le cas de la CNAMTS de professions et établissements de santé) doit se réunir au moins deux fois par pour examiner les conditions de mise en œuvre de la COG et rendre un avis au Parlement sur celle-ci – exigence qui n'a pas été remplie.

[343] Concernant la branche maladie, plusieurs dispositions spécifiques existent :

- le conseil de la CNAMTS a pour rôle de déterminer les orientations de la COG. Si le président du conseil et le DG signent la COG (L. 221-3 CSS), la loi prévoit plus explicitement que le DG « négocie et signe » celle-ci (L. 221-3-1) ;

- Pour les organismes de la branche maladie autres que les caisses régionales, les CPG sont négociés signés par le directeur général de la CNAMTS et le directeur local – et non par les présidents et les directeurs comme pour les autres branches. Par ce biais, il exercice aussi une tutelle sur les délibérations des conseils. De fait le CPG est moins un contrat librement signé entre parties égales qu'un contrat d'objectifs assigné par un supérieur hiérarchique à une instance qui lui est subordonnée. Le DG peut aussi suspendre ou annuler toute délibération ou décision d'un organisme local qui méconnaîtrait les dispositions de la COG ou du CPG (L. 221-3-1) ;

- les articles L 162-1-8 et L. 227-1 CSS prévoyaient en outre une procédure d'avenant annuel tenant compte de l'ONDAM. Tombées en désuétude, ces dispositions ont été abrogées par une récente loi de simplification29.

#### 1.2.1.2. …mais demeurent perfectibles en matière d'objectifs de dépenses

[344] Les outils nouveaux créés par la LAM avaient pour but de permettre à l'assurance maladie d'être davantage en mesure que par le passé de faire respecter les objectifs de dépenses fixés par le Parlement. Cette responsabilité financière apparaît en de multiples dispositions[30] :

- l'article L 161-28 précise que les caisses nationales d'assurance maladie ont pour mission de participer à la maîtrise de l'évolution des dépenses et prennent à cet effet toutes mesures d'organisation et de coordination, notamment pour la collecte, la vérification et la sécurité des informations sur les bénéficiaires et leurs prestations ;

- l'article L. 221-3-1 précise que le DG « prend les décisions nécessaires au respect des objectifs de dépenses fixés par le Parlement. Il informe dans les meilleurs délais, outre le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les commissions compétentes des assemblées, le ministre chargé de la sécurité sociale et le comité d'alerte des circonstances imprévues susceptibles d'entraîner un dépassement de ces objectifs »

[345] Au schéma initial, relativement clair, se sont cependant greffés de nouveaux dispositifs.

- L'assurance maladie est ainsi amenée à présenter chaque année des prévisions de dépenses et recettes et des propositions de mesures, tenant compte des objectifs de santé publique, permettant d'atteindre l'équilibre prévu dans un cadre pluri-annuel en amont de la préparation par le gouvernement du projet de loi de financement de la sécurité sociale (L 111-11 CSS). Depuis la LFSS 2006, ce rapport charges / produits est réalisé par l'UNCAM et transmis avant le 15 juin aux ministres et au Parlement après avoir été soumis pour avis au conseil. La LFSS pour 2009 a précisé qu'il devait inclure un bilan détaillé de la mise en œuvre et de l'impact financier des mesures proposées l'année précédente et adoptées par le Parlement, ainsi que des négociations conventionnelles ;

- Parallèlement, un comité d'alerte composé d'experts est chargé d'évaluer les risques de dépassement de l'ONDAM et de les rendre publics (L. 114-4-1 CSS). L'avis est transmis au gouvernement, au parlement et aux caisses nationales. Celles-ci doivent alors proposer des mesures de redressement dont l'impact financier est évalué par le comité.

[29] Loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures

[30] On notera que la loi HPST précise que les ARS « contribuent au respect de l'ONDAM « et que le projet régional de santé « se conforme aux dispositions financières prévues par la les lois de finances et la loi de financement de la sécurité sociale » (art 118)

Des mesures peuvent aussi être prises par l'Etat, sans que cette faculté revête le caractère d'une obligation ;

- en matière de nomenclature, le conseil de l'UNCAM délibère « sur la base des principes généraux définis annuellement par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » (L 182-2-3). A la connaissance de la mission, une seule lettre ministérielle datée du 23 mai 2005 a été adressée au DG. La mise en œuvre de cette lettre s'est en réalité effectuée de manière pluri-annuelle ; des décisions ont été prise par ailleurs soit dans le cadre de l'alerte en 2007, soit arbitrées dans le cadre des ONDAM successifs, soit prises ponctuellement, ce qui expliquerait le faible succès de cette disposition.

- En matière d'hospitalisation, l'assurance maladie est membre de deux structures qui jouent un rôle dans la construction de l'ONDAM, sans qu'elle soit ici en première ligne.

[346] Le décret du 7 mai 2007 relatif aux missions du conseil de l'hospitalisation a prévu qu'en vu de la préparation du PLFSS, le conseil de l'hospitalisation transmet chaque année, au plus tard le 15 juin, aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale une proposition sur le montant des sous-objectifs de l'ONDAM relatifs aux dépenses des établissements de santé. Il a également prévu que ce conseil formule des recommandations sur les décisions, arrêtées par l'Etat, en matière d'objectifs de dépenses, de dotations nationales ou régionales (MIGAC notamment), de tarification prises en application de la LFSS

[347] Concernant l'observatoire économique de l'hospitalisation économique et privée, un décret du 15 mai 2007 précise qu'il remet aux ministres et au Parlement i) au plus tard le 30 mai, un rapport portant notamment sur les charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre de l'année précédente, ii) au plus tard le 15 octobre, un rapport portant notamment sur « les données d'activité de soins et les charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre du premier semestre de l'année en cours.» Lorsqu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM (alerte), l'avis de l'observatoire est requis avant que l'Etat modifie les tarifs applicables aux établissements en psychiatrie, soins de suite et réadaptation (L. 162-22-3) ou MCO (L. 162-22-10).

[348] Au bilan, il apparaît clairement que les mécanismes associant l'assurance maladie à la détermination et au suivi des objectifs de dépenses se sont développés hors du cadre contractuel de la COG, ce que démontrent in fine l'abrogation par la loi de simplification des dispositions systématisant un avenant annuel ou la non mise en œuvre de la disposition permettant de prendre des avenants en fonction de la LFSS.

## 2. LA NOUVELLE CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION DEVRA TENIR COMPTE DES MODIFICATIONS INTRODUITES PAR LA LOI HPST

[349] L'ARS sera chargée de la mise en œuvre de la politique nationale de santé. Au-delà des missions précises qui lui sont assignées (autorisations, financements), leur action s'intégrera dans le cadre d'un projet régional de santé, constitué

- d'un plan stratégique, fixant orientations et objectifs de santé,

- de schémas régionaux en matière de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale,

- et de programmes déclinant ces schémas.

[350] Un programme pluri-annuel régional de gestion du risque comprenant les actions nationales définies dans le nouveau cadre Etat-UNCAM et des actions locales complémentaires, sera également intégré au PRS.

[351] La loi HPST a naturellement de fortes conséquences organisationnelles pour l'assurance maladie (suppression des URCAM et de la partie sanitaire des CRAM, transfert de personnels), qui peuvent être surmontées en cas de définition précise des répartitions de compétences. Des ambigüités persistent cependant, en l'attente de la promulgation de la loi et de ses décrets d'application.

### *2.1. Les responsabilités en matière de gestion du risque sont profondément affectées par la création de programmes pluriannuels régionaux de gestion du risque*

#### 2.1.1. La loi HPST crée un programme pluri-annuel régional de gestion du risque et un contrat entre l'Etat et l'UNCAM relatif aux objectifs pluriannuels de gestion du risque des trois régimes

[352] L'ARS a pour mission de définir et de mettre en œuvre avec l'assurance maladie les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des offreurs de soins.

[353] Le **programme pluri-annuel régional a donc deux composantes ; un volet national et un volet complémentaire tenant compte des spécificités régionales**. Les actions régionales sont élaborées et arrêtées par le directeur général de l'ARS, après concertation avec les représentants au niveau régional des régimes. Le programme (dans ses deux composantes, régionale et nationale) fait l'objet d'un contrat entre l'ARS et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son ressort. Les CPG déclinent, outre le programme national, le programme régional.

[354] Indépendamment de la régionalisation opérée avec la création des ARS, le projet de loi prévoit de créer un **contrat liant l'Etat à l'UNCAM** qui ne serait pas une COG mais un contrat déterminant « les objectifs pluriannuels de gestion du risque communs aux trois régimes membres de l'UNCAM visant à promouvoir des actions relatives à la prévention et l'information des assurés, ainsi qu'à l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels de santé et des établissements de santé, de manière à favoriser la qualité et l'efficacité des soins ». Comme pour les COG, ce contrat déterminera les conditions de conclusion d'avenants, notamment en fonction des LFSS. Il sera négocié et signé par le directeur général de l'UNCAM, sur mandat des deux autres directeurs de caisses nationales

Dans le droit positif actuel, un tel programme national de GDR existe de fait, mais sans avoir de réelle base légale, sauf au niveau régional.

En effet, l'article L 183-2-3 dispose qu'un contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion inter-régimes est conclu entre chaque URCAM et l'UNCAM. Ce contrat met en œuvre au plan régional les objectifs quantifiés d'amélioration de l'efficience des soins, d'amélioration des pratiques et de bon usage, et précise les indicateurs associés à ces objectifs, les modalités d'évaluation des résultats des unions régionales et de mise en œuvre de la modulation des ressources notamment en fonction de ces résultats. Cette disposition permettait de garantir un pilotage national pour l'action des URCAM qui sont chargées en application du L 183-1 de définir dans leur ressort territorial une politique commune de gestion du risque, notamment dans le domaine des dépenses de soins de ville, et de veiller à sa mise en œuvre. Cette politique commune se traduit dans un programme régional commun à l'ensemble des organismes d'assurance maladie qui fait l'objet d'une actualisation annuelle.

Le contrat précise par ailleurs les moyens que l'Union nationale des caisses d'assurance maladie estime nécessaires à la réalisation des objectifs fixés à chaque union régionale. Le suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de gestion conclus avec les unions régionales fait l'objet d'une synthèse annuelle établie par l'union nationale.

[355] Ce schéma pose plusieurs questions

### 2.1.2. L'articulation entre l'UNCAM et le conseil national de pilotage des ARS doit être précisée

[356] Les objectifs des directeurs généraux des ARS sont fixés dans le cadre d'un contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens signé par les ministres et le directeur général. Le texte de la loi HPST (article 118 – L. 1433-1 CSP nouveau) précise que ce conseil national de pilotage des ARS donne des directives aux ARS pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé et qu'il veille à la cohérence des politiques mises en œuvre en matière de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale **et de gestion du risque**. Le conseil valide toutes les instructions données aux ARS et « conduit l'animation du réseau de celles-ci ».

[357] Dans le droit antérieur, il s'agissait d'une mission du directeur général de la CNAMTS (R221-10 : le DG assure la coordination et l'homogénéité de la gestion du risque sur l'ensemble du territoire).

[358] Délicate est la question de la prise en compte par le contrat pluri-annuel d'objectifs de l'ARS des initiatives prises par l'assurance maladie en matière de gestion du risque ; la logique aurait pu plaider pour un contrat ARS-UNCAM. Dans le texte de la loi, et faute d'avoir retenu ce choix, l'inclusion du programme national de GDR dans le contrat liant les directeurs généraux d'ARS ministres paraît devoir être retenue.

[359] On aboutit ainsi au **schéma suivant**

- volet national, faisant l'objet d'un contrat Etat-UNCAM, décliné dans le réseau AM par les CPG, inclus par l'ARS dans le programme régional ;
- volet complémentaire, établi unilatéralement par l'ARS, décliné dans le réseau AM par le contrat ARS/organisme et inclus dans les CPG.

### 2.1.3. L'articulation du contrat Etat-UNCAM et de la COG de la CNAMTS peut être opérée de diverses manières

[360] La bonne mise en œuvre de la loi du 21 juillet 2009 dépendra des choix, notamment en matière de calendrier, qui seront opérés:

- pour le **cadre national de contractualisation** entre l'Etat et la CNAMTS.
- pour le **cadre territorial**. Les CPG assument avec la loi du 21 juillet un double rôle : décliner les priorités nationales de la CNAMTS (en tous domaines) et décliner les priorités régionales arrêtées par l'ARS (en matière de gestion du risque). En conséquence, l'outil de pilotage de la CNAMTS devient d'une certaine manière un outil partagé avec les ARS, ce qui requiert qu'une grande précision soit apportée aux modes coopératifs et contractuels.

[361] L'existence de deux niveaux de contractualisation avec les mêmes acteurs[31] pose une série de questions. La première concerne l'articulation des négociations et leur enjeu respectif. La seconde est celle de l'opérationnalité du dispositif. L'enchaînement de deux contrats coordonnés entre eux sur la gestion du risque présente le danger de retarder à l'excès la négociation des moyens qui reste le fondement des COG.

[362] Un **premier scénario consiste à consacrer le monopole du contrat Etat-UNCAM en matière de gestion du risque :** il consisterait à distinguer nettement les rôles joués par chaque outil.

[363] Il s'agirait de négocier au niveau du contrat Etat-UNCAM les objectifs (des actions nationales et des actions régionales complémentaires) et les effectifs affectés à la gestion du risque (praticiens conseils et administratifs) pour chacun des trois grands régimes. La COG Etat-CNAMTS ne comprendrait plus alors aucun engagement relatif à la gestion du risque, sauf les moyens de fonctionnement courant. Les directives adressées aux réseaux prendraient la forme ordinaire des lettres réseau plutôt que celle d'une contractualisation sur le mode des CPG.

[31] Si les conseils sont différents, le DG de l'UNCAM est par définition DG de la CNAMTS.

[364] **Un deuxième scénario consiste à distinguer niveaux stratégiques et opérationnels**. Le contrat Etat-UNCAM serait dans cette hypothèse un texte de portée stratégique dont les orientations seraient déclinées dans les COG qui ne porteraient que les objectifs opérationnels, assortis de la définition des moyens en effectifs et budgets.

[365] Dans tous les cas, la **complexité de la contractualisation** pose des difficultés de calendrier

- **Au plan national**, les COG devant décliner les actions nationales définies dans le contrat UNCAM, elles sont automatiquement postérieures à ce dernier. La recommandation de négocier en parallèle des deux contrats permet de gagner du temps en terme de délais mais n'exclut pas qu'en cas de difficultés à conclure le contrat UNCAM, les COG soit repoussées. Ce report pose problème pour la négociation des moyens budgétaires pluriannuels.
- Pour remédier à ce risque potentiel, il serait possible d'envisager une négociation en parallèle et, en cas de difficultés, une dissociation des outils. La COG serait négociée sur les aspects de la qualité de service et les moyens pluriannuels hors action de gestion du risque, lequel domaine ferait l'objet d'un avenant à la COG une fois signé le contrat en entre l'Etat et l'UNCAM. La situation calendaire particulière de la CCMSA (échéance 2010) et du RSI (échéance 2011) devra être prise en compte.
- La question du séquencement des contrats au niveau national n'est donc pas problématique, la mise en place des CPG qui déclinent les priorités nationales peut être confrontée à des difficultés pendant la période de montée en charge des ARS.
- En effet, **au plan local**, le bouclage dans les CPG du programme pluriannuel régional de gestion du risque qui comprend la déclinaison des actions nationales et les actions complémentaires demande une adaptation pendant la phase transitoire de montée en charge des ARS.

[366] Comme le programme de gestion du risque est intégré dans le projet régional de santé, un délai de préparation de ce projet stratégique pour les actions des ARS sera nécessaire. Il faudra alors définir les modalités opérationnelles permettant au dispositif contractuel de continuer à fonctionner normalement, notamment sur la partie relative aux autres missions et moyens des organismes.

- Une première solution est de dissocier le programme pluriannuel régional de gestion du risque et le projet régional de santé.
- Les deux programmes et projet sont en ce cas préparés en parallèle mais, dès que le programme pluriannuel régional de gestion du risque est prêt, il est mis en œuvre dans les CPG sans attendre formellement l'adoption du projet régional de santé. Le programme de gestion du risque appelle une concertation avec le représentant des régimes d'assurance maladie dans la région, formalité plus simple que l'adoption du projet régional de santé. Par ailleurs les CPG déclinent les objectifs concernant la gestion de l'entreprise et la gestion du risque. Sans CPG, il n'y a plus de pilotage du réseau par la caisse nationale.
- S'il fallait du temps pour caler l'ensemble des actions régionales, il serait possible d'envisager un scénario dégradé.
- Pendant une phase transitoire, les CPG ne déclineraient que les objectifs de productivité et de service ainsi que les programmes nationaux de gestion du risque. Par avenant, les CPG pourraient intégrer le volet régional de gestion du risque dès qu'il aura été arrêté par l'ARS.

### *2.2. La coordination des interventions de l'ARS et de l'assurance maladie en matière de relations avec les professionnels de santé conventionnés devra également être prise en compte*

#### 2.2.1. En termes d'organisation des soins

[367] La loi HPST confie à l'ARS le soin de « réguler, orienter et organiser l'offre de services de santé, afin de répondre aux besoins en matière de santé et de garantir l'efficacité du système de santé ». A ce titre, elles devront « veiller à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins en santé de la population » dans le cadre d'un SROS (art 188- L 1431-1 CSP nouveau).

[368] Le SROS devra indiquer, par territoire de santé, les besoins en implantation des offreurs de soins libéraux (y/c centres de santé, maisons de santé, réseaux). Il déterminera les zones de mise en œuvre des incitations à l'installation prévues par **les conventions**[32] ou résultant du refus du contrat de solidarité (Art 43 HPST).

#### 2.2.2. En termes d'aides à l'installation

[369] Les ARS devront également « contribuer à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ». Or les conventions des différentes professions définissent (L 162-14-1) :

[370] « 4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones mentionnées à l'article L. 162-47 du présent code ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones ou les centres de santé qui y sont implantés bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé. »

[371] L'ARS devra donc piloter un travail commun CPAM-Ordres professionnels-collectivités locales.

#### 2.2.3. En termes de permanence des soins

[372] Enfin, l'ARS organisera la mission de service public de la permanence des soins et déterminera la rémunération spécifique des PS pour leur participation à la PDS.

[373] Or le CSS dispose (L 162-5 – 16°) que la convention des médecins prévoit « les modes de rémunération par l'assurance maladie, le cas échéant autres que le paiement à l'acte, de la participation des médecins au dispositif de permanence des soins »

[32] Pour les médecins, la convention détermine (L. 162-5 20°) « les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux médecins en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones au sens du 2° de l'article L. 162-47. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes, des chefs de clinique et des médecins récemment diplômés ou installés avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

### 2.2.4. En termes de contractualisation

[374] Les conventions ont un domaine de compétence large et sans cesse croissant. Elles déterminent les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des professionnels de santé exerçant en ville, ainsi que les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés et une meilleure coordination des soins ou pour promouvoir des actions de santé publique.

En particulier, la convention des médecins a compétence pour déterminer (L 162-5 - 12°):

12° a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient, et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, y afférents ;

b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des médecins participant à ces réseaux ;

c) Les droits et obligations respectifs des médecins, des patients et des caisses, ainsi que des modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

13° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des médecins, et notamment de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique, de veille sanitaire, prévus par des contrats passés entre les médecins concernés et les organismes d'assurance maladie et définissant les obligations relatives aux conditions d'exercice qui en résultent pour les intéressés.

[375] La loi HPST (art 118) prévoit que l'ARS conclue des CPOM avec les établissements de santé, les réseaux, pôles de santé, maisons de santé. En outre, elle **pourra proposer aux professionnels de santé et établissements d'adhérer à des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins**.

[376] Ces contrats fixeront des engagements et des contreparties financières, financées sur le FIQCS et les MIGAC. Ils seront conformes à un contrat type national, adopté par les parties conventionnelles (UNCAM/professionnels) pour les libéraux, par l'UNCAM et les ministres pour les établissements. En l'absence de contrat-type national, l'ARS pourra proposer un contrat-type régional.

[377] L'articulation avec les contrats de bon usage des soins (162-12-17), les contrats de bonne pratique (L. 162-12-18), les contrats de santé publique (L. 162-12-20), les CAPI (L 162-12-21), le contrat exercice regroupé (L 183-1-2)[33] devra être précisée. La convention médicale a déjà compétence (L. 162-5 -6°) pour les conditions dans lesquelles les tarifs et les rémunérations peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés ou certaines activités en vue de valoriser une pratique médicale correspondant à des critères de qualité qu'elles déterminent.

### 2.2.5. En termes de coopération entre professionnels de santé

[378] La loi HPST vise à favoriser les coopérations entre professionnels de santé afin d'opérer des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient (art 51). Dans la procédure retenue, les professionnels soumettront à l'ARS des protocoles de coopération, l'agence vérifiant qu'ils répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional et les soumettant à la HAS, qui pourra le cas échéant les étendre à tout le territoire national.

[379] Cette mesure doit s'articuler avec le domaine conventionnel qui, sur la coordination des soins notamment, a des compétences proches.

[33] « Les unions régionales des caisses d'assurance maladie peuvent conclure des contrats avec des professionnels de santé libéraux dans le but de les inciter à un exercice regroupé, notamment dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins. Ces contrats prévoient des engagements des professionnels concernés portant notamment sur l'amélioration des pratiques et, le cas échéant, les dépenses d'assurance maladie prescrites par ces professionnels, ainsi que les modalités d'évaluation du respect de ces engagements »

### *2.3. Les projets en matière de suivi des patients ne devront pas être redondants*

[380] La loi HPST propose une définition de l'éducation thérapeutique du patient (article 84). Celle-ci a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Cette éducation thérapeutique comprend plusieurs volets :

- les programmes d'éducation thérapeutique qui sont mis en œuvre au plan local, par décision de l'ARS et sur la base d'un cahier des charges national. Ils sont évalués par la HAS
- les actions d'accompagnement, qui ont pour objet d'apporter assistance et soutien aux malades et à leurs entourages. Elles sont conformes à un cahier des charges national
- les programmes d'apprentissage qui ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant. Ils sont soumis à autorisation délivrée par l'Afssaps.

[381] En outre, la loi HPST confie à l'ARS le soin de « définir et financer des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie » (art 188- L 1431-1 CSP nouveau)

[382] Enfin, elles ont pour mission de « veiller à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psycho-sociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion » (art 188- L 1431-1 CSP nouveau)

[383] La bonne coordination de ces dispositifs avec la mission générale de l'assurance maladie de « veiller à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés », avec la mission de la CNAMTS de « promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants » devra être assurée.

[384] En effet, l'article L 162-1-11 en particulier dispose que « les caisses peuvent également mettre en œuvre des services de conseils administratifs ou d'orientation. Ces services doivent permettre aux assurés de disposer des informations nécessaires pour accéder à la prévention et aux soins dans les meilleures conditions (…) Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques visant à leur apporter des conseils en termes d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé ».

[385] Il est déjà prévu dans la loi qu'au titre de leur mission de prévention, les ARS attribueront, dans des conditions fixées par les COG de la CNAMTS, de la MSA et du RSI, des crédits provenant des fonds de prévention (FNPEIS pour la CNAMTS) et destinés à financer des actions de prévention d'éducation et d'information sanitaires. Un arrêté fixera la contribution de chaque caisse nationale aux actions de prévention de l'ARS.

[386] On notera qu'entre dans le champ de la convention des médecins (L 162-5 – 5°) les modalités de réalisation et de financement de programmes d'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques permettant l'établissement de références médicales nationales et locales.

# Sommaire - Annexe 2

**ANNEXE 2 : EFFICIENCE ET PRODUCTIVITE DE LA BRANCHE ..... 83**

1. LES OBJECTIFS GLOBAUX SONT ATTEINTS MAIS LES RESULTATS ENTRE LES CAISSES RESTENT TRES DISPERSES ET ON N'OBSERVE PAS DE RENDEMENTS CROISSANTS ..... 83

*1.1. Le cœur de métier des caisses restent le service des prestations ..... 83*

*1.2. Les outils de suivi de la productivité et des coûts ont une précision parfois insuffisante et une adéquation à l'activité très imparfaite ..... 84*

*1.3. L'activité de production croit et la productivité globale s'améliore de manière constante 87*

*1.4. Le potentiel d'amélioration lié à la dématérialisation reste important ..... 95*

*1.5. La réduction des écarts de productivité, l'organisation du réseau et de la répartition des activités sont beaucoup moins avancés ..... 99*

2. LES BESOINS EN EFFECTIFS DE LA BRANCHE MALADIE POUR FAIRE FACE A SON ACTIVITE FUTURE ..... 110

*2.1. Une activité qui va continuer de croître ..... 110*

*2.2. Les besoins de la branche selon plusieurs scénarios d'évolution de la productivité ..... 111*

*2.3. L'évolution des effectifs doit concourir de manière significative à l'amélioration de la productivité ..... 120*

**ANNEXE 2.1 : ANALYSE DU PROCESSUS DROITS DE BASE ET OPTIONNEL ..... 123**

1. DONNEES GENERALES ..... 123

2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2004 ET 2008 ..... 124

*2.1. Pour l'ensemble des caisses ..... 124*

*2.2. Avec un retraitement simplifié ..... 125*

**ANNEXE 2.2 : ANALYSE DU PROCESSUS CMU ..... 127**

1. DONNEES GENERALES ..... 127

2. ANALYSE DE LA RELATION ENTRE VOLUME D'ACTIVITE ET PRODUCTIVITE ENTRE 2004 ET 2008 ..... 128

*2.1. Pour l'ensemble des caisses ..... 128*

*2.2. Avec un retraitement simplifié ..... 129*

**ANNEXE 2.3 : ANALYSE DU PROCESSUS FSP MANUEL ..... 131**

1. DONNEES GENERALES ..... 131

2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2006 ET 2008 ..... 132

*2.1. Pour l'ensemble des caisses ..... 132*

*2.2. Avec retraitement simplifié ..... 133*

**ANNEXE 2.4 : ANALYSE DU PROCESSUS FSE + B2 ..... 135**

1. DONNEES GENERALES ..... 135

2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2004 ET 2008 ..... 136
*2.1. Pour l'ensemble des caisses ..... 136*
*2.2. Avec un retraitement simplifié ..... 137*

**ANNEXE 2.5 : ANALYSE DU PROCESSUS FSP SCAN ..... 139**

1. DONNEES GENERALES ..... 139
2. ANALYSE DE LA RELATTION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2004 ET 2008 ..... 140
*2.1. Pour toutes les caisses ..... 140*
*2.2. Avec un retraitement simplifié ..... 141*

**ANNEXE 2.6 : ANALYSE DU PROCESSUS IJ MALADIE, MATERNITE, PATERNITE.. 143**

1. DONNEES GENERALES ..... 143
2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2006 ET 2008 ..... 144
*2.1. Pour l'ensemble des caisses ..... 144*
*2.2. Avec un retraitement simplifié ..... 145*

**ANNEXE 2.7 : ANALYSE DE PLUSIEURS PROCESSUS SUPPORT ..... 147**

1. DONNEES GENERALES ..... 147
2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2006 ET 2008 ..... 148
*2.1. Pour l'ensemble des caisses ..... 148*
*2.2. Avec un retraitement simplifié ..... 149*

**ANNEXE 2.8 : ANALYSE DU PROCESSUS ACCUEIL PHYSIQUE ..... 151**

1. DONNEES GENERALES ..... 151
2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCIVITE ENTRE 2004 ET 2008 ..... 152
*2.1. Pour l'ensemble des caisses ..... 152*
*2.2. Avec un retraitement simplifié ..... 153*

**ANNEXE 2.9 : ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS PAR INDICATEURS CPG FONCTION DE PRODUCTION ET FONCTIONS SUPPORT ..... 155**

1. PRODUCTIVITE DE LA PRODUCTION ..... 155
2. PRODUCTIVITE FONCTIONS SUPPORT ..... 156

**ANNEXE 2.10 : SIMULATION D'EVOLUTION DES BESOINS EN ETP PAR CAISSE LIES A LA REDUCTION DES ECARTS DE PRODUCTIVITE ..... 159**

1. SCENARIO PRODUCTIVITE DE REFERENCE ..... 159
2. SCENARIO PRODUCTIVITE DE REFERENCE DEGRADEE DE 15% ..... 162
3. SCENARIO PRODUCTIVITE DE REFERENCE DEGRADEE DE 30% ..... 165

# Annexe 2 : Efficience et productivité de la branche

[387] Cette annexe est essentiellement consacrée à l'évolution de l'organisation de la production, des effectifs et de la productivité des caisses primaires d'assurance maladie. Ce choix des seules caisses primaires au sein d'un réseau constitué de plusieurs organismes est dicté par le poids du réseau des CPAM. En effet, elles occupent plus des trois quarts des effectifs du régime général.

Tableau 33 : Répartition des ETP en CDI entre les différents réseaux du régime général de l'assurance maladie

| Catégorie d'organismes | ETP en CDI au 31/12/08 | Poids |
|---|---|---|
| CGSS | 1 783,8 | 2,4% |
| CPAM | 56 502,9 | 74,9% |
| CRAM | 5 713,0 | 7,6% |
| CTI | 561,6 | 0,7% |
| URCAM | 292,7 | 0,4% |
| CNAMTS | 1 939,4 | 2,6% |
| DRSM PA | 6 369,7 | 8,4% |
| DRSM PC | 2 285,7 | 3,0% |
| Total | 75 448,8 | 100% |

*Source : Base UCANSS, fichier annuel, personnel présent et rémunéré au 31 décembre, CCN, FNG, CDI*

## 1. LES OBJECTIFS GLOBAUX SONT ATTEINTS MAIS LES RESULTATS ENTRE LES CAISSES RESTENT TRES DISPERSES ET ON N'OBSERVE PAS DE RENDEMENTS CROISSANTS

### *1.1. Le cœur de métier des caisses restent le service des prestations*

[388] Le premier rôle des caisses primaires consiste à accueillir les usagers et à servir des prestations. Les fonctions de liquidation et d'accueil occupent plus des deux tiers des effectifs.

[389] Dans la continuité de la réforme de l'assurance maladie en 2004, le projet d'entreprise puis la convention d'objectif et de gestion ont formalisé et définit la mise en œuvre de nouveaux axes d'intervention pour la CNAMTS.

[390] Le plus important est le développement de l'activité de gestion du risque que le régime général a souhaité engager conformément aux termes de la loi de 2004 sur la réforme de l'assurance maladie. Cette orientation stratégique s'est traduite au niveau des caisses primaires par le développement d'un nouveau métier, celui de délégué de l'assurance maladie et in fine par la consolidation dans l'ensemble des CPAM d'un service dit de « régulation ». On observera que les effectifs consacrés à cette activité restent très en deçà de ceux qu'il faut mobiliser pour exercer ce que la convention d'objectif et gestion qualifie de « cœur de métier de l'assurance maladie », à savoir la production.

[391] Le deuxième axe stratégique concerne la fonction d'accueil ou plus largement la gestion de la relation clients. Il s'agit selon le projet d'entreprise de « passer d'une logique de production de masse à une logique de services de proximité ». Cela s'est traduit par la mise en place de parcours attentionnés pour les publics précaires, par le développement d'une offre de services par téléphone, par internet, et la mise en place d'une véritable gestion de la relation client. Au total, la mission note une réelle professionnalisation de la fonction « relations clients » qui par ailleurs connaît dans certaines caisses quelques extensions.

[392] De sorte que les caisses primaires exercent trois métiers :

- un métier de liquidation des prestations, qualifié de production ;
- un métier de relations clients qui recouvre la fonction d'accueil physique mais aussi téléphonique et tous les services mis à disposition des assurés et des professionnels de santé sur internet ;
- enfin un métier de gestionnaire du risque, exercé en lien étroit avec le service médical (cf. annexe relative à la gestion du risque).

Tableau 34 : Répartition par pôles des ETP rémunérés en CPAM (en 2008)

| | CDI | % / total | CDI + CDD | % / total |
|---|---|---|---|---|
| Production | 29 080,9 | 51,5% | 30 317,7 | 51,5% |
| Logistique | 12 643,4 | 22,4% | 13 181,2 | 22,4% |
| Relation clients | 10 292,4 | 18,2% | 10 730,1 | 18,2% |
| Régulation | 4 486,2 | 7,9% | 4 677,0 | 7,9% |
| Total | 56 502,9 | 100,0% | 58 906,0 | 100,0% |

*Source : Base UCANSS, fichiers annuel 2008, etp annuels rémunérés, CCN, FNGA+FNCM, CDI+CDD, pour les CDI personnels présents et rémunérés au 31 décembre, CCN, FNGA+FNCM*

[393] Pour concrétiser ses nouvelles orientations, se doter de moyens pour contribuer à la gestion du risque ou améliorer la qualité de service et développer ses relations clients, l'assurance maladie a profité des gains de productivité réalisé sur la partie production.

Tableau 35 : Evolution de la répartition par pôles des ETP annuels rémunérés en CPAM (2005, 2008)

| | 2005 | 2008 | Evolution |
|---|---|---|---|
| Production | 34 865,6 | 30 317,7 | -4 547,9 |
| Logistique | 14 038,8 | 13 181,2 | -857,6 |
| Relations clients | 10 362,1 | 10 730,1 | 368,0 |
| Régulation | 3 587,5 | 4 677,0 | 1 089,5 |
| Total | 62 854,0 | 58 906,0 | -3 948,0 |

*Source : Base UCANSS, fichiers annuels 2004 à 2008, etp annuels rémunérés, CCN, FNGA+FNCM, CDI+CDD*

### *1.2. Les outils de suivi de la productivité et des coûts ont une précision parfois insuffisante et une adéquation à l'activité très imparfaite*

[394] Le système mis en place par l'assurance maladie pour suivre l'évolution de la productivité comprend plusieurs outils dont les niveaux de finesse et de précision diffèrent.

[395] Bien qu'il existe un dispositif de comptabilité analytique ancien au sein des caisses primaires le dialogue entre la caisse nationale et les caisses primaires se structure autour d'une approche beaucoup plus globale. Deux indicateurs de productivité, un pour la production l'autre pour les fonctions supports, figurent dans le volet management des contrats pluriannuels de gestion (CPG). En outre un indicateur, le coût du bénéficiaire actif pondéré (BAP), tente de faire la synthèse, avec les limites évoquées ci-dessous, de la productivité des différentes activités de la caisse.

[396] Si l'outillage est en place, la caisse nationale en est restée à un pilotage assez sommaire de la productivité et des efforts à réaliser par les caisses primaires.

#### 1.2.1. Le coût du BAP est entaché des défauts de l'indicateur « bénéficiaire actif pondéré (BAP) » dont la refonte prévue à la COG n'a pas été faite

[397] L'indicateur coût du BAP rapport l'ensemble des dépenses de gestion de la caisse au nombre de bénéficiaires actifs pondérés (BAP).

[398] Or l'unité BAP semble aujourd'hui très imparfaite. De par sa définition on peut légitimement estimer que les BAP représentent une approche des inductions de charges. On l'approche par le nombre d'allocataires et le nombre de cellules actes.

[399] Elle n'a pas suivi l'évolution de l'activité des caisses. D'une part elle ne tient pas compte de la dématérialisation en comptabilisant de la même manière des feuilles de soins électroniques et des feuilles de soins papier alors que les charges d'activité pour les traiter ne sont pas comparables. On rappellera que le nombre de BAP par ETP est un des indicateurs qui détermine l'intéressement collectif. Cet indicateur compte pour 20% dans la mesure de la performance selon la méthode retenue pour déterminer l'intéressement collectif. (Cf. annexe relative aux ressources humaines).

[400] D'autre part, le BAP ne permet pas de retranscrire directement et fidèlement l'activité développée par les caisses en matière de régulation voire même de services clients. En effet, ont été ajoutés au BAP le nombre de professionnels de santé et le nombre d'établissements de santé présents sur le ressort géographique de la caisse. Si l'on sait, sans toutefois pouvoir l'objectiver, que la densité de l'offre de soins a un impact sur les pratiques, la confusion nait surtout de l'assimilation de l'activité de la caisse à une estimation des « besoins ».

[401] Cet indicateur composite d'activité est aujourd'hui contestable. Sa refonte a été prévue par la convention d'objectif et de gestion. Un groupe de travail de la branche a rendu des conclusions et formulé des préconisations. La mission n'a pas eu connaissance des ces documents qui étaient encore en instance d'arbitrage par la direction générale.

[402] Par extension l'indicateur de productivité coût du BAP se retrouve entaché des mêmes défauts. Le BAP, qui est d'abord le reflet de l'activité de production, est rapporté à l'ensemble des dépenses toutes activités confondues. Bien que cela puisse constituer une solution transitoire compte tenu du poids prédominant de l'activité de production on ne peut se satisfaire d'un indicateur dont le numérateur et le dénominateur couvrent différemment le champ d'activité d'une caisse.

#### 1.2.2. Les indicateurs de productivité CPG assimilent décomptes électroniques et décomptes papier

[403] Le dispositif de contractualisation avec les caisses utilisent d'autres indicateurs pour suivre la productivité. Les deux indicateurs figurant au CPG sont définis comme suit :

- Sur la fonction de production : nombre de décomptes par ETP du pôle production (hors absences de longue durée). L'objectif est calculé en rapportant le résultat de la caisse au résultat national N-1 et en multipliant ce ratio par l'objectif national de l'année à venir.
- Sur les fonctions support : ETP fonction par rapport à somme des ETP toutes activités confondues.

[404] On peut s'interroger sur la pluralité des modalités de suivi de la productivité. Malgré les défauts du BAP, on peut observer qu'il est également utilisé au niveau national pour rendre compte de la productivité nationale.

[405] Sur le fond, l'indicateur de productivité du pôle production souffre du même défaut que le BAP. Il comptabilise de la même manière les décomptes qu'ils soient électroniques ou non, alors que les charges d'activité ne sont pas comparables.

[406] Par ailleurs, il n'existe aucun indicateur de productivité dans les CPG pour les fonctions de relations client et de régulation.

### 1.2.3. La comptabilité analytique est partielle, perfectible, mais constitue déjà un outil essentiel de pilotage

[407] Les caisses primaires de l'assurance maladie disposent également d'une comptabilité analytique qui permet un suivi beaucoup plus fin que les deux outils précédents. Cette comptabilité analytique retrace pour tous les processus des trois grands pôles, le nombre d'unités d'œuvres constaté chaque année et les ETP mobilisés pour les traiter.

[408] La caisse nationale consolide les résultats et met à disposition du réseau les résultats nationaux et locaux pour l'ensemble des processus.

[409] Cet outil est un élément essentiel, et un avantage important dont peuvent profiter les équipes de direction des caisses pour piloter leur activité. La mission a pu observer lors de ses déplacements que l'outil était utilisé en particulier pour se comparer aux caisses de taille équivalente. C'est aussi un outil fondamental pour la CNAMTS pour piloter l'évolution du réseau et notamment la réduction des écarts de productivité.

[410] Il faut néanmoins tenir compte de plusieurs limites qui sont plus ou moins importantes selon l'activité concernée :

- il ne s'agit pas d'une comptabilisation de l'ensemble des dépenses. On ne retrouve pas dans cette comptabilité les dépenses de fonctionnement courant liées à l'immobilier, l'électricité, ou encore à l'entretien. Elle ne satisfait donc que partiellement que l'engagement formalisé dans la COG précisant que la comptabilité analytique doit couvrir l'ensemble du champ d'activité de l'assurance maladie et facilitant la comparaison des coûts. Si en cela cette comptabilité ne va pas au terme l'exercice elle reste un outil très intéressant ;
- le système est déclaratif ;
- le suivi est fait à postériori ;
- il est parfois difficile de faire un partage précis des moyens contribuant à chaque processus. Cette limite s'applique en particulier lorsque la polyvalence est forte. Mais elle pèse surtout sur les métiers de la gestion du risque et de la régulation qui participent à différents processus dans des proportions aujourd'hui assez mal connues. Pour perfectionner et fiabiliser ce système la CNAM est en train de déployer dans le réseau l'outil OSCARR qui va permettre un suivi précis des temps consacrés à chaque processus. Le déploiement devrait être terminé en 2009 ;

[411] Ces limites sont réelles, mais touchent principalement les nouvelles activités des caisses primaire en particulier la gestion du risque. En ce qui concerne leur cœur de métier, à savoir le versement des prestations, la comptabilisation pose moins de difficultés et la répartition des effectifs par processus ne pose pas vraiment de difficultés, comme l'ont confirmé les caisses visitées par la mission

**Recommandation n°34 : La mise en place d'une comptabilité analytique complète devrait être un des engagements prioritaires de la prochaine COG**

### *1.3. L'activité de production croit et la productivité globale s'améliore de manière constante*

[412] Comme la mission l'a déjà souligné, la production, c'est-à-dire la liquidation des prestations et l'accueil, représente la très grande partie de l'activité des caisses. C'est pourquoi la mission y porte une attention particulière.

[413] La production est organisée en trois pôles d'activité qui correspond à un découpage selon une logique de services mais aussi en fonction des types de prestations : prestations en espèce, prestations en nature, gestion des bénéficiaires qui recouvre toute la gestion administratives des assurés (inscription, mutation, changement d'adresse….).

#### 1.3.1. La productivité globale est en amélioration constante

1.3.1.1. L'objectif d'efficience fixé par la COG est nettement dépassé dès 2008.

[414] Un objectif d'amélioration de l'efficience de 6% sur la période de la COG était prévu dans la convention. La convention fixait une augmentation du nombre de BAP par ETP de 6% sur la période. Dès la fin de l'année 2008 cet objectif était nettement dépassé puisque entre fin 2005 et fin 2008 l'efficience mesurée ainsi s'était améliorée de plus de 9% quelle que soit la méthode utilisée (par rapport à l'évolution des bénéficiaires consommants[34] ou de l'évolution du nombre de BAP).

Tableau 36 : Evolution de la productivité globale entre 2005 et 2008 selon l'indicateur figurant à la COG

| | 2005 | 2008 | Evolution |
|---|---|---|---|
| Nombre d'ETP | 83 397 | 78 287 | -6,1% |
| Nombre de bénéficiaires consommants | 49 213 161 | 50 509 051 | 2,6% |
| Nb de bénéficiaires consommants par ETP | 590,11 | 645,18 | 9,3% |

*Source : CNAMTS, UCANSS pour les ETP annuels rémunérés CDI + CDD, calculs fait par la mission*

Tableau 37 : Evolution de l'efficience entre 2005 et 2008 selon la définition figurant à la COG

| | 2005 | 2008 | Evolution |
|---|---|---|---|
| Nombre de BAP | 47 743 505 | 48 958 807 | 2,5% |
| Nombre d'ETP | 83 397 | 78 287 | -6,1% |
| nb de BAP/ETP | 572 | 625 | 9,2% |

*Source : CNAMTS, UCANSS pour les ETP annuels rémunérés CDI + CDD, calculs fait par la mission*

[415] L'analyse de la productivité par ce seul indicateur est toutefois contestable sur le plan méthodologique. Le dénombrement des bénéficiaires consommants ou des BAP n'est pas un inducteur d'activité précis et adapté aux processus de la branche. En effet, ce ratio fait abstraction de la dématérialisation dont il faudrait tenir compte pour analyser précisément l'évolution de l'efficience. Par ailleurs l'augmentation du nombre de bénéficiaires consommants ou des BAP ne se traduit pas par une augmentation proportionnelle de l'activité des caisses notamment lorsqu'on la traduit en nombre de cellules actes. XXX définition

[34] Un bénéficiaire consommant est un bénéficiaire ayant consommé au moins une fois dans l'année

#### 1.3.1.2. L'objectif de 6% d'efficience globale est aussi dépassé dès 2008 si l'on prend en compte les coûts

[416] En prenant en compte le coût du BAP on peut aussi noter que le gain d'efficience est supérieur dès 2008 à l'objectif fixé par la COG. Les gains sont inférieurs de 2% en comparaison de la méthode précédente les calculs ayant été réalisés en euros courants.

Tableau 38 : Evolution du nombre de BAP et du coût du BAP entre 2005 et 208

| | 2005 | 2008 | Evolution |
|---|---|---|---|
| Nombre de BAP | 47 743 505 | 48 958 807 | 2,5% |
| Coût du BAP (en € courants) | 67,4 | 62,5 | -7,3% |

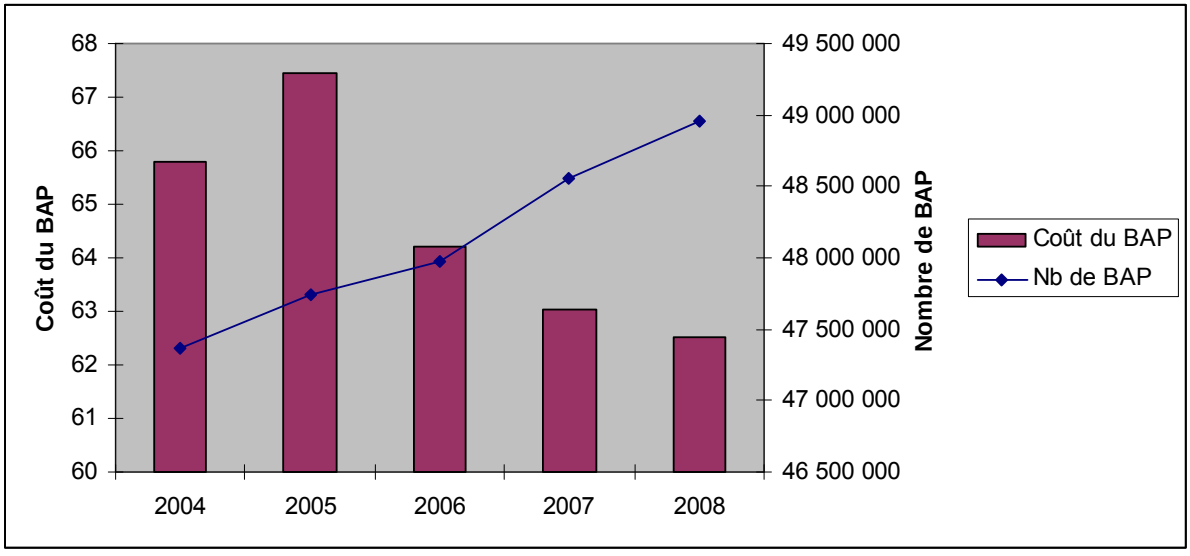
*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

Tableau 39 : Evolution du coût du BAP et du nombre de BAP

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|
| Coût du BAP (€ courants) | 65,78 | 67,43 | 64,22 | 63,04 | 62,51 |
| Nombre de BAP | 47 368 135 | 47 743 505 | 47 974 858 | 48 562 328 | 48 958 807 |
| Variation annuelle du coût du BAP | -1,15% | 2,51% | -4,76% | -1,84% | -0,84% |
| Variation annuelle du nombre de BAP | 0,70% | 0,79% | 0,48% | 1,22% | 0,82% |

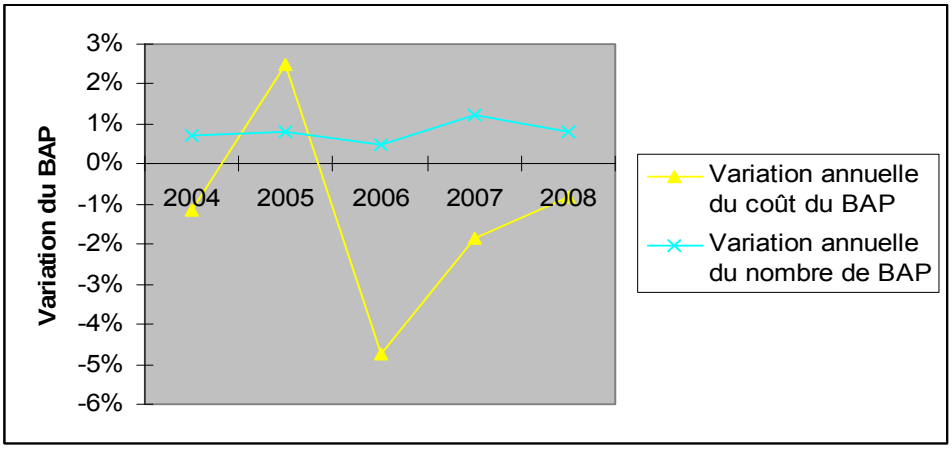
*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

Graphique 3 : Evolution du coût du BAP (€ courants) et du nombre de BAP




*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

Graphique 4 : Comparaison de la variation annuelle du coût du BAP et du nombre de BAP




*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

[417] On notera cependant que la décrue du coût du BAP ne suit pas un rythme régulier. Après une augmentation de 2004 à 2005 le coût du BAP a connu un rythme de baisse très important. Depuis 2007 le rythme est moins soutenu s'établissant entre 1 et 2%.

#### 1.3.1.3. L'analyse de la productivité à partir des données de la comptabilité analytique montre l'impact de la dématérialisation et révèle des différences importantes entre processus

[418] Pour compléter et affiner l'analyse de l'évolution de la productivité globale, la mission a analysé son évolution sur les processus les plus importants en termes d'activité et de moyens mobilisés.

[419] Cette méthode permet de confirmer les gains de productivité réalisés. En premier si les progrès sont très variables d'un processus à l'autre, voire même que la productivité s'est dégradée pour certains d'entre eux, les gains de productivité les plus importants ont été réalisés sur le processus de traitement des FSE et des flux B2 (cf. tableau ci-dessous).

[420] Par contre, on observera la dégradation significative de la productivité du processus FSP manuel. Elle est probablement due à un certain retard des organisations au regard de la progression de la dématérialisation des feuilles de soins. Les effectifs restent affectés à ce processus alors que le report vers les FSE s'est accru. Si l'effort sur le processus FSE a été réel, les transferts des flux papier vers les flux électronique n'ont pas encore produits tous leurs effets.

[421] La productivité des fonctions support reste à un niveau stable, tandis que l'on observe une progression modérée en matière d'accueil physique.

Tableau 40 : Evolution de la productivité (nombre d'unités d'œuvre par ETP) sur quelques processus entre 2006 et 2008

| Processus | 2006 | 2007 | 2008 | Evolution 2006-2008 |
|---|---|---|---|---|
| Droit de base | 19 756 | 21 476 | 22 542 | 14,10% |
| CMU (1140) | 3 673 | 3 750 | 3 356 | -8,63% |
| Remboursement FSP Manuel | 15 479 | 14 192 | 13 720 | -11,37% |
| Remboursement FSE + B2 | 169 077 | 185 875 | 197 916 | 17,06% |
| Remboursement FSP Scanner | 51 674 | 52 666 | 52 299 | 1,21% |
| IJ maladie/maternité/paternité | 5 710 | 5 966 | 6 473 | 13,37% |
| Fonctions supports | 13,95 | 14,08 | 13,90 | -0,38% |
| Accueil physique | 6 943 | 6 959 | 7 224 | 4,05% |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

[422] L'impact de la dématérialisation a été significatif entre les années 2004 et 2008. en 2004, il fallait 1,4 ETP pour traiter 100 000 décomptes, qu'ils soient électroniques alors qu'en 2008 seulement 1 ETP est nécessaire.

Tableau 41 : Evolution de la dématérialisation de la feuille de soins et des productivités des processus afférents

| | 2004 | | | | 2008 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Processus | ETP | Nb de décomptes | Répartition | Nb d'ETP pour 100 000 décomptes | ETP | Nb de décomptes | Répartition | Nb d'ETP pour 100 000 décomptes |
| Remb. FSP manuel | 7 036 | 115 340 782 | 11% | 6,1 | 4 144 | 56 860 355 | 5% | 7,3 |
| Remb. FSE + B2 | 5 491 | 778 314 333 | 77% | 0,7 | 4 521 | 894 821 422 | 84% | 0,5 |
| Remb. FSP Scanner | 1 960 | 115 264 869 | 11% | 1,7 | 2 181 | 114 071 168 | 11% | 1,9 |
| Total | 14 487 | 1 008 919 984 | 100% | 1,4 | 10 847 | 1 065 752 945 | 100% | 1,0 |

*Source : CNAMTS, Comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[423] Une large partie de cette évolution trouve son explication dans la croissance de la dématérialisation passée de 77% en 84% en 2008. Pour isoler l'impact sur les effectifs de la dématérialisation entre 2004 et 2008, il faut appliquer le taux de dématérialisation de 2004 aux données de l'exercice 2008. Après avoir les effectifs qui auraient été nécessaires pour traiter les décomptes de 2008 avec le taux de dématérialisation de 2004 et les productivités de 2008, on peut, par comparaison avec les effectifs réels donnés par la comptabilité analytique pour 2008, en déduire l'évolution des ETP.

[424] Comme le montre le tableau ci-dessous cette évolution a été très significative, puisque l'augmentation de la dématérialisation à réduit de plus de 4 000 les besoins de la branche maladie en ETP pour traiter l'ensemble des feuilles de soins.

Tableau 42 : Impact de la dématérialisation des feuilles de soins entre 2004 et 2008

| | Répartition en 2004 | Application au nb de décomptes 2008 | Productivité 2008 (nb d'ETP pour 100 000 décomptes) | ETP théoriques 2008 pour la répartition 2004 | ETP réels 2008 | Evolution des ETP |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Remboursement FSP manuel | 11% | 117 232 824 | 7,3 | 8 558 | 4 144 | -4 414 |
| Remboursement FSE + B2 | 77% | 820 629 768 | 0,5 | 4 103 | 4 521 | 418 |
| Remboursement FSP Scanner | 11% | 117 232 824 | 1,9 | 2 227 | 2 181 | -46 |
| Total | | 1 065 752 945 | | 14 889 | 10 846 | -4 043 |

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

1.3.1.4. Au-delà de la dématérialisation les progrès réalisés s'expliquent par un mouvement de réorganisation de la fonction production des caisses comme par une rationalisation des processus

[425] L'absence de réflexion au niveau national sur l'organisation de l'activité ne signifie pas que les caisses restent immobiles. Dans les caisses visitées la mission a pu à chaque fois observer une rationalisation de l'appareil de production consistant principalement en une réduction du nombre de sites.

[426] Il y a quelques années chaque agence du territoire assurait l'accueil des usagers et toutes les opérations de liquidation. Depuis plusieurs années les caisses visitées ont toutes entamé une réorganisation de leur appareil de production fondée sur une séparation entre les activités qui relève de l'accueil (front office) de celles qui relève de la production (service des prestations) et du support (back office) savoir la liquidation des prestations et la gestion des droits des assurés. Cette tendance est antérieure à la COG en cours. La dynamique est réelle et traduit un effort régulier pour améliorer l'organisation de la production au sein de chaque caisse.

[427] Si le maillage territorial de l'accueil a pu changer, c'est surtout la production qui a fait l'objet d'une recomposition beaucoup plus profonde très largement axée sur une réduction des centres de production accompagnée éventuellement d'une spécialisation de leur activité. Cette stratégie que la mission a retrouvée en œuvre dans toutes les caisses visitées est aussi dictée par la technicité croissante d'une partie de l'activité.

[428] Les plans de maitrise socle (PMS) sont un des éléments importants du dispositif de contrôle interne. Développés progressivement depuis plusieurs années ils couvrent désormais une bonne partie de l'activité d'une caisse primaire. Activité par activité, processus par processus ils décrivent la méthode de travail que chaque caisse doit suivre, les risques et les moyens de les maitriser.

[429] Ces PMS ont naturellement un impact sur la performance des services. D'une part l'optimisation du processus a été prise en compte lors de l'élaboration des plans qui permettent donc de diffuser les bonnes pratiques. D'autre part, c'est un vecteur utilisé pour fixer des objectifs de performance à chacune des caisses.

### 1.3.2. La baisse du poids des frais de gestion

1.3.2.1. Les frais de gestion augmentent moins vite que les prestations

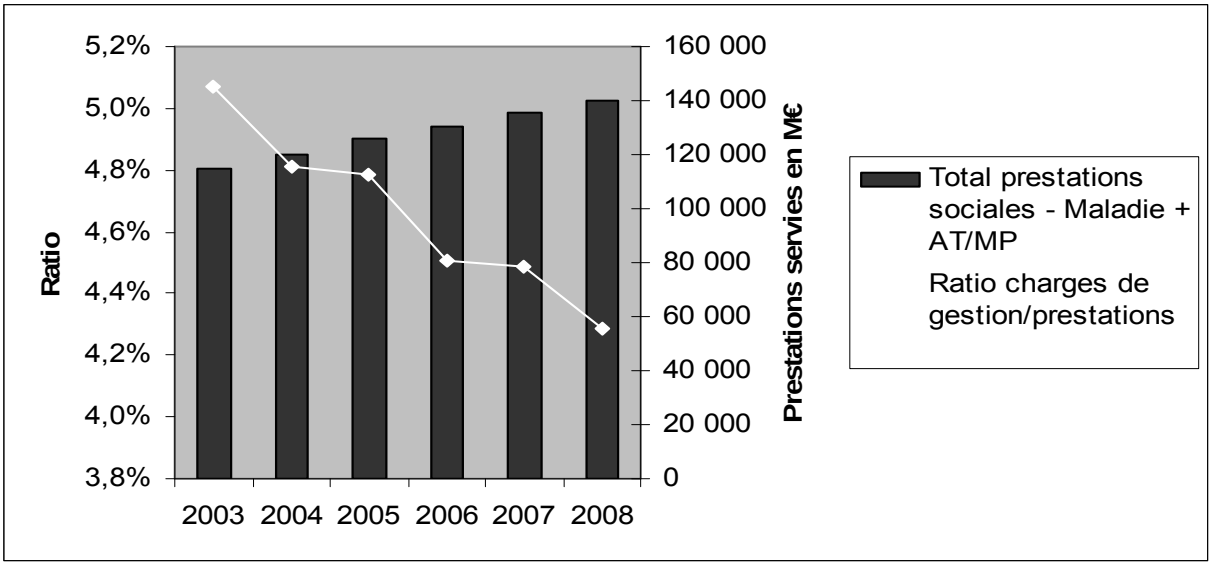
[430] Si l'on essaie d'approcher l'efficience par le poids des charges de gestion administrative au regard des prestations d'assurance maladie, d'accidents du travail et de maladies professionnelles, on observe une amélioration significative. Le frais de gestion passe ainsi de 5,07% des prestations versées en 2003 et de 4,28% en 2008.

Tableau 43 : Evolution du poids des frais de gestion

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Charges de gestion courantes | 5 839 | 5 793 | 6 006 | 5 876 | 6 070 | 6 010 |
| Total prestations sociales - Maladie + AT/MP | 115 133 | 120 355 | 125 557 | 130 396 | 135 317 | 140 271 |
| Ratio charges de gestion/prestations | 5,07% | 4,81% | 4,78% | 4,51% | 4,49% | 4,28% |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

Graphique 5 : Evolution du poids des frais de gestion




*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

[431] Cette baisse du ratio de frais de gestion est évidemment positive et traduit les efforts réalisés par la branche pour rationnaliser sa gestion. Il faut dorénavant 4,28 euros de frais de gestion pour servir 100 euros de prestations contre 5,07 euros en 2008.

[432] Néanmoins, cette amélioration de la performance de gestion doit être nuancée. En effet, la baisse des frais de gestion est modérée et c'est surtout l'augmentation des prestations qui expliquent la baisse du ratio.

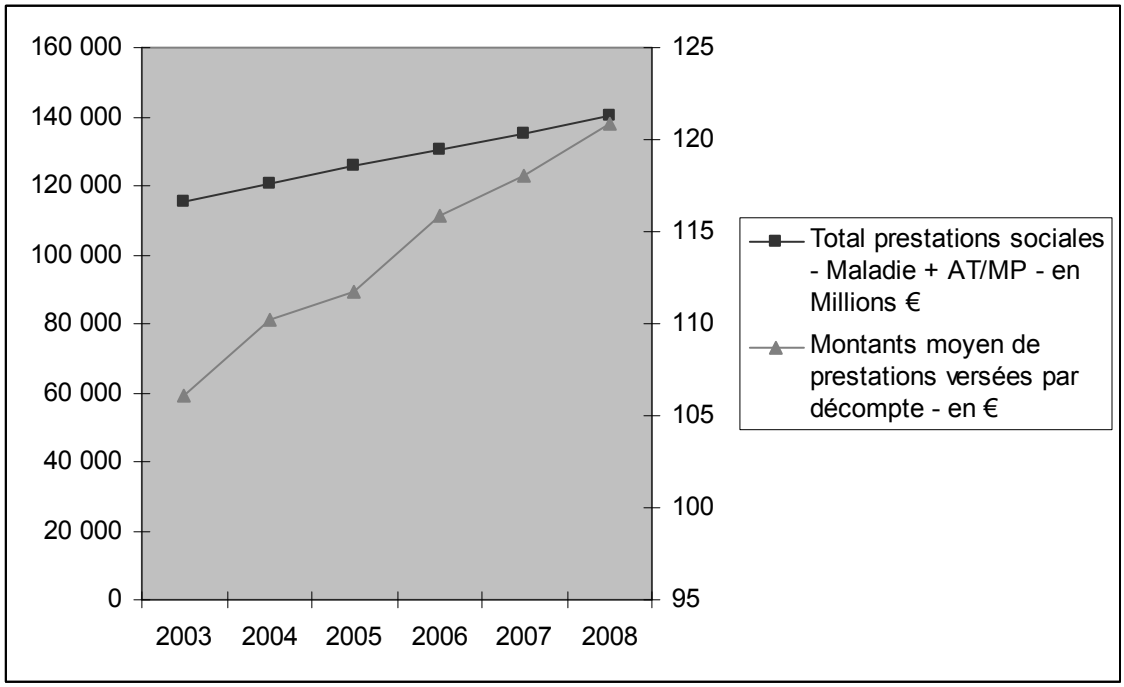
[433] De plus, on ne peut déduire de l'augmentation des prestations versées une augmentation proportionnelle de la charge d'activité induite. On notera ainsi que le montant moyen de prestations versées par décompte traité par l'assurance maladie augmente aussi significativement.

Tableau 44 : Evolution du montant moyen de prestations versées par décompte

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Total prestations sociales - Maladie + AT/MP - en Millions € | 115 133,2 | 120 354,9 | 125 557,4 | 130 395,9 | 135 316,7 | 140 270,9 |
| Production totale en nombre de décomptes (prestations en nature et en espèces) | 1 085 054 854 | 1 091 983 527 | 1 123 199 328 | 1 125 892 941 | 1 145 944 631 | 1 160 327 754 |
| Montants moyen de prestations versées par décompte – en € | 106,1 | 110,2 | 111,8 | 115,8 | 118,1 | 120,9 |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

Graphique 6 : Evolution du montant moyen de prestations versées par décompte




*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

1.3.2.2. La réduction des effectifs est supérieure à celle attendue

[434] L'objectif de 6% de gains d'efficience sur la période de la COG supposait une réduction des effectifs de près de 2 500 ETP. Cet objectif sera largement dépassé puisque dès la fin 2008 plus de 5 000 ETP (CDD+CDI) avaient été supprimés.

Tableau 45 : Evolution des ETP annuels rémunérés, CDI + CDD

| | | | | | Evolution 2005/2008 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **2005** | **2006** | **2007** | **2008** | **en ETP** | **En %** |
| CGSS | 1 866 | 1 866 | 1 847 | 1 868 | 2 | 0,11% |
| CNAMTS | 1 951 | 1 920 | 1 925 | 1 947 | -4 | -0,21% |
| CPAM | 62 854 | 61 185 | 59 554 | 58 906 | -3 948 | -6,28% |
| CRAM | 6 218 | 6 113 | 5 943 | 5 858 | -360 | -5,79% |
| CTI | 616 | 598 | 589 | 582 | -34 | -5,52% |
| DRSM | 9 584 | 9 368 | 9 119 | 8 821 | -763 | -7,96% |
| URCAM | 308 | 318 | 312 | 305 | -3 | -0,97% |
| Total | 83 397 | 81 368 | 79 289 | 78 287 | -5 110 | -6,13% |

*Source : Base UCANSS, fichiers annuels 2004 à 2008, etp annuels rémunérés, CCN, FNGA+FNCM, CDI+CDD*

[435] Compte tenu du taux de remplacement de 60% négocié avec l'Etat, on peut expliquer cette réduction plus forte par des départs à la retraite qu'il était difficile d'anticiper. Sur près de 3 000 départs à la retraite observés chaque année depuis 2006, un tiers sont des départs liées au dispositif dit des « carrières longues » mis en œuvre par la loi du 31 août 2003.

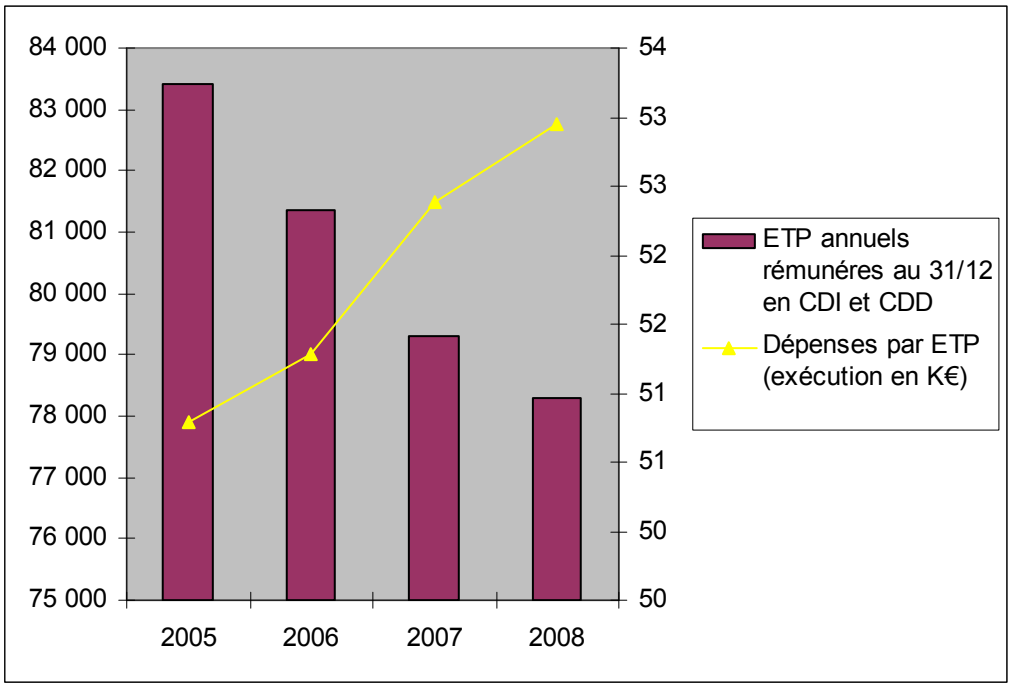
[436] Cette évolution s'accompagne d'une augmentation des dépenses par ETP, reflet du vieillissement de la pyramide des âges de la branche (effet GVT).

Tableau 46 : Evolution des ETP en CDI et CDD et de la dépense par ETP

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|
| ETP annuels rémunérés au 31/12 en CDI et CDD | 83 397,00 | 81 368,00 | 79 289,00 | 78 287,00 |
| Dépenses de personnel (exécution, en K€) | 4 236 313 | 4 172 671 | 4 153 535 | 4 144 743 |
| Dépenses par ETP (exécution en K€) | 50,8 | 51,3 | 52,4 | 52,9 |

*Source : Base UCANSS, fichier annuel, personnel présent et rémunéré au 31 décembre, CCN, FNG, CDI ; comptes ; calculs faits par la mission*

Graphique 7 : Evolution des ETP annuels rémunérés en CDI et CDD, et des dépenses de personnel par ETP




*Source : Base UCANSS, fichier annuel, personnel présent et rémunéré au 31 décembre, CCN, FNG, CDI ; comptes ; calculs faits par la mission*

[437] On observe donc une réduction plus importante des ETP que des dépenses de personnel, avec une inflexion nette en 2006. Jusque là les dépenses de personnel continuent d'augmenter, et à partir de 2006 elles sont en décroissance constante.

[438] Les dépenses de personnel par ETP continuent d'augmenter, traduisant en cela principalement le glissement vieillesse technicité. On notera néanmoins que ce rythme est moins important depuis 2007 (2% par an contre 4%) sous le double effet d'un rythme de réduction des effectifs plus importants et d'une augmentation des dépenses de personnel moins forte que les années précédentes.

## *1.4. Le potentiel d'amélioration lié à la dématérialisation reste important*

### 1.4.1. Les prestations en nature : les gains potentiels de la dématérialisation n'ont pas été totalement réalisés

#### 1.4.1.1. La dématérialisation des feuilles de soins progresse significativement, mais des progrès importants sont encore possibles

[439] Ce sont les prestations en nature qui ont connu les modifications les plus importantes avec le développement régulier de la dématérialisation des feuilles de soins. En effet, le taux de dématérialisation a singulièrement progressé chez les médecins généralistes mais aussi chez les pharmaciens.

[440] Une FSE ne nécessite aucune opération particulière dès lors qu'elle a passé tous les contrôles embarqués dans le système d'information. Les autres feuilles sont rejetées et font l'objet d'une instruction individuelle par un agent de la caisse. L'intervention du technicien est plus ou moins importante et longue selon le motif de rejet. Le volume de rejet dépend à la fois des contrôles de cohérence et de ceux que chaque caisse a paramétré en fonction des ses priorités. Le nombre de rejets reste néanmoins faible.

[441] Les feuilles de soins papier qui continuent à arriver dans les caisses sont numérisées et mis à disposition des techniciens pour traitement. Elles sont prises en charge par un technicien qui réalise un vidéocodage consistant à saisir dans l'application de liquidation les données de la feuille de soins qui a été scannée. Certaines feuilles de soins ne sont lisibles par le dispositif de scannerisation. Elles sont transmises sous forme papier au technicien pour saisie directe dans le système d'information.

[442] Tous les gains n'ont pas encore été engrangés. En effet si les progrès de la dématérialisation sont incontestables, le taux de dématérialisation passant de 76% en 2004 à plus de 84% en 2008, on observera qu'il est très inégal selon les professionnels de santé. Le taux de dématérialisation s'établit à près de 95% pour les officines, pour lesquels des progrès restent toujours possible mais nécessairement modérés. Par contre des améliorations sont encore réalisables pour les infirmières (25% des cellules actes) et plus encore pour les généralistes et les spécialistes qui représentent 20% des cellules actes et qui connaissant des taux de dématérialisation les plus faibles des professionnels de santé (respectivement 65% et 59% en 2008).

Tableau 47 : Evolution de la dématérialisation par profession de santé

| | 2004 | | | 2008 (2) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Professionnels de santé** | **Total cellules-actes** | **% par rapport au total des cellules actes** | **Taux de déma-térialisation** | **Total cellules-actes** | **% par rapport au total des cellules actes** | **Taux de déma-térialisation** |
| Généralistes | 266 336 306 | 11,5% | 57,0% | 285 175 882 | 10,8% | 65,3% |
| Spécialistes | 193 098 631 | 8,4% | 50,6% | 250 042 769 | 9,5% | 59,3% |
| Pharmacies, Fournisseurs | 745 474 217 | 32,3% | 93,0% | 799 078 634 | 30,2% | 94,6% |
| Dentistes | 83 342 473 | 3,6% | 46,9% | 82 578 879 | 3,1% | 74,8% |
| Sages-femmes | 4 677 148 | 0,2% | 55,2% | 5 565 395 | 0,2% | 68,1% |
| Infirmiers | 528 212 864 | 22,9% | 77,6% | 678 709 484 | 25,7% | 89,7% |
| Masseurs | 174 280 357 | 7,5% | 65,3% | 199 883 495 | 7,6% | 83,5% |
| Orthophonistes | 16 882 337 | 0,7% | 64,1% | 20 335 168 | 0,8% | 80,4% |
| Orthoptistes | 3 111 306 | 0,1% | 28,6% | 3 628 790 | 0,1% | 58,9% |
| Pédicures | 596 818 | 0,0% | 0,0% | 1 118 720 | 0,0% | 1,0% |
| Laboratoires, Biologie | 122 791 960 | 5,3% | 73,7% | 146 551 774 | 5,5% | 90,4% |
| Ambulanciers | 13 259 876 | 0,6% | 69,7% | 16 601 012 | 0,6% | 77,9% |
| Etablissements | 157 032 674 | 6,8% | 87,5% | 155 787 997 | 5,9% | 90,5% |
| Total (1) | 2 309 096 967 | 100,0% | 76,1% | 2 645 057 999 | 100,0% | 84,6% |

*Source : CNAMTS, SGA (flux mandatés) ; (1) : ensemble des PS rattachés aux CPAM et CGSS ; (2) : à partir de janvier 2008, tous codes actes hors PFT, PFH + FRT, FRH (franchises tiers-payant et hors TP)*

#### 1.4.1.2. Des progrès sont possibles en étendant le champ de la dématérialisation

[443] En matière de prestations en nature, restent à l'écart à ce stade du processus de dématérialisation les ordonnances et les pièces justificatives.

[444] La dématérialisation de la feuille de soins n'a pas été suivie de celle des pièces justificatives qui continuent de les accompagner. Or si le paiement des prestations en nature, en particulier le remboursement des médicaments ou des actes de laboratoires, peut intervenir avant la réception des pièces justificatives, ces dernières restent obligatoires et doivent donc faire l'objet d'un contrôle de la part des caisses.

[445] Ces dernières continuent donc de recevoir des liasses en provenance des pharmacies ou des laboratoires. Compte tenu du volume à traiter, et en dépit de l'obligation juridique le contrôle de chacune des pièces est illusoire. Les CPAM s'en tiennent donc à un rapprochement des lots électroniques et des lots papiers. Pour cela elles saisissent dans une application informatique (FLUX TIERS) les éléments figurant dans un bordereau joint à l'envoi papier fait par l'officine, par exemple, afin de vérifier que pour chaque paiement une pièce justificative a été transmise. En cas d'anomalie un courrier est adressé un courrier au professionnel concerné.

[446] Cette opération, plutôt fastidieuse, peu valorisante pour les agents, est sans valeur ajoutée. Son maintien est pourtant nécessaire dans le cadre juridique actuel. D'une part, le travail sur le statut juridique de la pièce justificative et ses modalités de contrôle dans un environnement partiellement dématérialisé et avec un volume important de remboursement en tiers payant, n'a pas été fait par l'Etat.

[447] D'autre part il montre à nouveau un problème d'interfaçage avec le système d'information. Une injection directe dans l'outil permettrait à tout le moins de supprimer l'opération de saisie. Il a été indiqué à la mission qu'une expérimentation était en cours.

[448] S'agissant de la dématérialisation des ordonnances les gains sont difficiles à apprécier à priori. Elle n'aurait probablement qu'un impact limité sur la liquidation des prestations, surtout si elle devait donner lieu à une opération de numérisation, qu'elle soit réalisée par les caisses ou par les officines. L'analyse serait probablement différente s'agissant d'une ordonnance émise en version électronique directement depuis le poste du professionnel de santé. Par contre en matière de contrôle, sur le plan de l'efficacité comme sur celui de l'efficience, il y aurait probablement un bénéfice. La mission n'a pas eu connaissance d'un projet de la branche en la matière.

#### 1.4.2. La dématérialisation pour les prestations en espèce a peu progressé. Un effort très important reste à accomplir

[449] Les prestations en espèces recouvrant le versement des indemnités journalières (IJ) qu'elles soient longues ou courte (maternité, paternité, maladie) n'ont fait l'objet d'une démarche de dématérialisation que plus tardivement. Le processus est donc bien moins avancé.

[450] Le versement des IJ, quelle que soit leur nature, est subordonnée à la transmission par l'entreprise des données salariales. Depuis plusieurs années les entreprises peuvent faire une déclaration électronique via le portail net entreprise. Or le taux de dématérialisation reste assez faible puisqu'il est aujourd'hui inférieur à 25% au niveau national. Cette progression assez faible s'explique par l'intérêt modéré que les entreprises portent à ce dispositif en raison de l'absence d'interfaçage du portail avec leurs logiciels de comptabilité, ou celui de leur cabinet comptable. La plupart des solutions logicielles existant sur le marché permettent en effet à l'entreprise de générer automatiquement cette déclaration, sous forme papier, de sorte que peu d'entreprises acceptent de ressaisir cette déclaration sur le portail « net entreprise ».

[451] D'autre part aucun gain de productivité n'est réalisé par les caisses. Elles sont aujourd'hui contraintes d'imprimer la déclaration de salaires dématérialisée pour la saisir dans le système d'information. Il n'existe pas d'outil gérant l'interface entre le portail net entreprise et le système d'information de la CNAMTS, ce qui rend la dématérialisation pour l'instant sans intérêt. Il a été indiqué à la mission qu'un « injecteur » était en voie d'achèvement.

[452] Il existe également un projet de dématérialisation des dossiers de liquidation des accidents du travail. La mission n'a pas approfondi ce sujet la branche AT/MP, qui fait l'objet d'une COG spécifique, n'étant pas dans son champ d'investigation.

#### 1.4.3. Le cloisonnement des systèmes d'information du service médical et de celui des caisses impose des ressaisies

[453] Qu'il s'agisse des prestations en espèce ou des prestations en nature la liquidation de certaines prestations ne peut intervenir que sur la base de décision et d'éléments établis par le service médical. Il en est ainsi des patients qui sont en ALD dont les taux de remboursement sont différents ou encore du versement de certaines IJ qui suppose un avis d'un médecin conseil.

[454] Cette coopération des services ne trouve pas de traduction dans le système d'information. En effet, le médecin conseil opère le suivi de ses dossiers via une application HYPOCRATE qui n'est pas interfacée avec les outils de liquidation. Ces informations circulent donc sous forme papier. Les techniciens des caisses se voient obligés de saisir dans PROGRES des éléments déjà saisies dans le logiciel du service médical.

[455] La médicalisation de la liquidation est un sujet ancien dans la branche maladie. Elle peine à progresser. Une des difficultés avancées tient au secret médical qui régit l'accès aux données et aux systèmes d'information contenant des informations médicales.

[456] Cette difficulté serait réelle dans le cas d'un accès total aux systèmes d'information médical ou d'une fusion des systèmes d'information qui ne constituent pas des hypothèses réalistes de travail. Mais s'agissant de la dématérialisation des échanges de données on ne peut retenir valablement cette objection. En effet, il est possible d'organiser des flux de données informatisées sans remettre en cause le secret médical. La dématérialisation ne changerait ni la nature du flux, ni son contenu, mais sa formalisation, et son traitement. La mise en place de ces échanges simplifierait l'activité tout en lui donnant une plus grande efficacité, même si son impact resterait probablement modéré en termes de productivité.

**Recommandation n°35 : Développer les échanges de données informatisés entre les systèmes d'information médicaux et administratifs**

### 1.4.4. En matière de gestion des bénéficiaires, les systèmes d'information des processus de production ne suivent pas le développement des nouveaux services sur internet

#### 1.4.4.1. Une offre de téléservices qui n'est pas entièrement interfacée avec le système d'information

[457] La branche maladie développe une offre de téléservices dont le contenu s'enrichi progressivement (cf. annexe qualité de service). Si l'usager peut ainsi profiter de nouvelles fonctionnalités plus facilement accessibles, du côté de l'assurance maladie aucun gain de productivité n'est réalisé.

[458] Les usagers disposant d'un compte assuré sur le site AMELI peuvent faire des changements administratifs. Mais cette demande de changement prend en fait la forme d'un mèl qui est imprimé par un technicien puis saisi dans le système d'information de production. Sur des opérations relativement simples pour lesquelles les enjeux sont faibles on aurait pu imaginer une automatisation de la modification. Le potentiel de productivité des services internet n'est donc pas pleinement exploité.

**Recommandation n°36 : Développer les interfaces entre les plateformes internet et les systèmes d'information de production.**

#### 1.4.4.2. Des progrès sur les mutations entre caisses, des simplifications restent à faire sur les mutations inter régimes

[459] Des progrès ont été réalisés sur les mutations entre caisses. La ressaisie du dossier par la caisse de destination, jusque là obligatoire, a été supprimée grâce à un transfert électronique et à une reprise automatique du dossier. Pour assurer son changement de caisse l'assuré n'a plus qu'à communiquer quatre informations les autres données sont transmises directement entre Cpam. Cette solution est en œuvre depuis juillet 2008.

[460] Il n'existe aucune solution de même nature pour gérer les mutations inter régimes, qu'il s'agisse des mutations entre branches au sein du régime général (entre la branche vieillesse et la branche maladie) ou des mutations entre régimes d'assurance maladie obligatoire (le RSI et le régime général par exemple).

[461] Ces mutations restent assez nombreuses, notamment en lien avec le développement de nouvelles formes d'emploi. Elles obligent l'assuré à reconstituer un dossier ou à redemander l'ouverture des droits. Par ailleurs, elles restent gérées manuellement par les caisses. C'est donc une source de progrès. Un projet de transfert automatique des informations émises dans le cadre de la mutation inter - régimes AMO via le PCIR (Point Central Inter régimes) est en cours de développement. Il devrait répondre aux exigences de simplification pour l'assuré et d'automatisation des transferts. Ce projet devrait être mis en œuvre en 2010.

### *1.5. La réduction des écarts de productivité, l'organisation du réseau et de la répartition des activités sont beaucoup moins avancés*

#### 1.5.1. Le pilotage de la réduction des écarts de productivité est peu structuré, les résultats obtenus en la matière faibles

[462] La COG prévoyait un indicateur de réduction des écarts de coût du point de performance entre CPAM qui devait faire l'objet d'une définition conjointe entre l'Etat et la CNAMTS avant septembre 2006. Ce travail n'a pas été réalisé et aucune cible n'a été fixée à la ranche en la matière, alors que l'évaluation de la précédente COG avait relevé une très faible diminution des écarts entre 1999 et 2002.

##### 1.5.1.1. Quelle que soit la méthode utilisée la dispersion des productivités reste forte et les écarts ne se réduisent pas

[463] Compte tenu des limites auxquelles se heurte le coût du BAP, la mission a réalisé une analyse de la dispersion des productivités des caisses à l'aide de trois sources de données : le coût du BAP, les indicateurs de productivité des CPG et les données par processus issues de la comptabilité analytique. Les trois méthodes démontrent que les écarts ne se réduisent pas et que la dispersion reste assez ou très importante selon la méthode retenue.

- Dispersion des coûts du BAP

[464] On peut observer un taux de dispersion plus faible qu'avec les autres méthodes. Mais sur 4 ans on ne relève aucune évolution notable, la dispersion n'ayant pas été réduite. Elle est même supérieure au résultat atteint en 2002 (11,8)[35].

Tableau 48 : Evolution du coût du BAP

| Coût du BAP, en € | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|
| Moyenne | 64,74 | 66,31 | 63,11 | 62,39 | 61,81 |
| Médiane | 63,70 | 64,94 | 61,44 | 60,91 | 61,20 |
| Écart-type | 8,50 | 8,63 | 8,60 | 7,85 | 8,02 |
| Plage | 48,27 | 47,00 | 46,69 | 41,58 | 43,36 |
| Minimum | 42,67 | 44,12 | 42,81 | 44,07 | 43,53 |
| Maximum | 90,95 | 91,12 | 89,50 | 85,65 | 86,89 |
| Taux de dispersion (rapport écart-type/moyenne) | 13,1% | 13,0% | 13,6% | 12,6% | 13,0% |

*Source : CNAMTS, calculs fait par la mission*

- Dispersion des productivités par processus suivis en comptabilité analytique

[465] La même analyse réalisée sur les données issues de la comptabilité analytique comptabilité analytique conduit à la même conclusion. Les études faites processus par processus (cf. annexes) montrent que tous connaissent une dispersion assez forte. Les écarts de productivité ont peu évolués à l'exception de certains processus qui ont connu une amélioration de la situation des caisses dont les résultats étaient les plus mauvais (productivité la plus faible avec un faible volume d'activité).

- Dispersion des indicateurs de productivité des CPG

[35] Source : rapport IGAS n°2003-096 de bilan de la COG 2000-2003

Tableau 49 : Evolution de la productivité fonctions support (indicateur CPG)

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|
| ETP supports | 8 705,83 | 8 426,49 | 7 203,49 | 6 969,68 | 6 846,27 |
| ETP autres | 60 734,36 | 59 581,70 | 57 914,06 | 56 292,40 | 56 292,40 |
| Productivité | 6,98 | 7,07 | 8,04 | 8,08 | 8,22 |

*Source : CNAMTS*

[466] La productivité des fonctions support s'améliore assez significativement entre 2004 et 2008. On observera qu'après une année 2006 où les gains ont été de 13%, le rythme s'est nettement ralentit (0,5 en 2006 et 1,8% en 2008).

Tableau 50 : Dispersion de la productivité des fonctions supports

| | ETP production/ETP fonction support | |
|---|---|---|
| | 2004 | 2008 |
| Moyenne | 7,1 | 8,4 |
| Médiane | 7,0 | 8,3 |
| Écart-type | 1,0 | 1,2 |
| Amplitude | 6,0 | 5,6 |
| Minimum | 4,4 | 5,7 |
| Maximum | 10,4 | 11,3 |
| Taux de dispersion (rapport écart-type/moyenne) | 14,7% | 13,9% |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

[467] En 4 ans on notera une légère réduction de la dispersion de la productivité qui passe de 14,7% en 2004 à 13,9% en 2008.

Tableau 51 : Evolution de la productivité des pôles production selon l'indicateur CPG

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|
| UO | 1 064 423 469 | 1 094 769 714 | 1 095 858 712 | 1 115 458 251 | 1 128 707 765 |
| ETP production | 34 481,17 | 32 534,89 | 31 179,39 | 29 553,26 | 28 408,15 |
| Productivité | 30 870 | 33 649 | 35 147 | 37 744 | 39 732 |

*Source : CNAMTS*

[468] L'utilisation de cet indicateur se heurte à la même limite que le BAP. En effet, le dénombrement de tous les décomptes ne tient pas compte du fait qu'ils sont dématérialisés ou non. Or la charge de travail induite n'est pas la même.

Tableau 52 : Evolution de la dispersion de la productivité sur la production

| | **Nb de décomptes/ ETP production** | |
|---|---|---|
| | **2004** | **2008** |
| Moyenne | 31 921,2 | 40 500,0 |
| Médiane | 32 095,9 | 40 924,1 |
| Écart-type | 4 348,6 | 4 472,7 |
| Amplitude | 25 796,1 | 24 839,5 |
| Minimum | 22 098,5 | 28 290,1 |
| Maximum | 47 894,5 | 53 129,6 |
| Taux de dispersion (rapport écart-type/moyenne) | 13,6% | 11,0% |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

[469] Bien que relativement faible sur le période on notera cependant que la réduction de la dispersion des productivités, passée de 13,6% en 2004 à 11% en 2008, a été plus importante que sur les fonctions supports.

#### 1.5.1.2. Le pilotage de la réduction des écarts est insuffisant

[470] Le dispositif de pilotage de la réduction des écarts de productivité entre les caisses est assez faible. En effet, il passe essentiellement par les CPG, mais trouve une limite dans le poids très modéré des objectifs de productivité dans l'ensemble de ceux qui sont assignés aux caisses.

[471] Les objectifs de productivité des caisses sont retranscrits à travers deux indicateurs, le premier sur les fonctions de production, le deuxième sur les fonctions supports. Mais le poids de ces deux indicateurs dans la comptabilisation des résultats de la caisse relativise leur importance. L'atteinte des objectifs fixés permet d'obtenir au maximum 40 points sur un total de 1 000 pour l'ensemble des activités.

[472] La comparaison avec d'autres objectifs renforce ce constat. Par exemple, dans l'axe management pilotage les caisses peuvent obtenir 80 points pour la réalisation d'études (un diagnostic et d'un plan d'action validé et la réalisation d'actions inscrites au plan annuel) qui paraît bien plus aisée que la réalisation de gains de productivité.

[473] De plus, en s'appuyant sur l'exemple des caisses visitées par la mission de l'IGAS, malgré des différences de productivité importante on ne note pas de logique de réduction des écarts entre les objectifs qui ont été assignés à chacune d'entre elles.

Tableau 53 : Objectifs de productivité de la production et taux de remplacement dans 5 caisses visitées

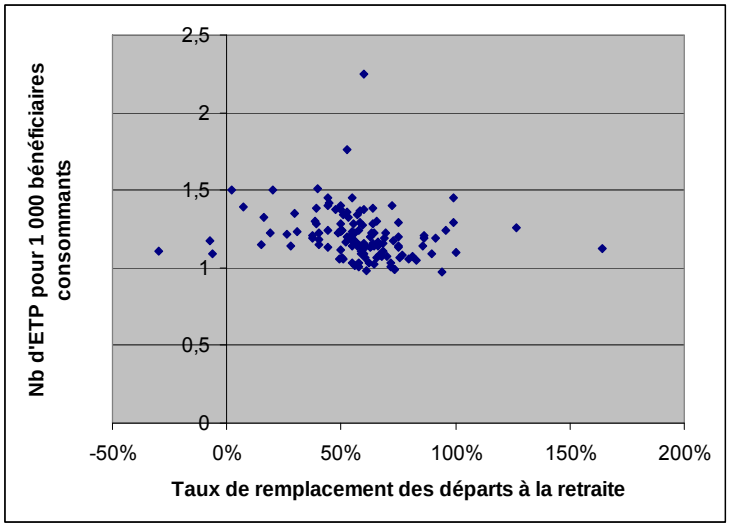
| | | Bourg en Bresse | Blois | Lyon | Orléans | Grenoble |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **2006** | Objectif en nb de décompte par ETP | 38 853 | 32 749 | 36 449 | 31 786 | 41 804 |
| | Taux de remplacement | 60,79 | 60,06 | 50,15 | 60,09 | 68,18 |
| **2007** | Objectif en nb de décompte par ETP | 39 790 | 35 559 | 38 729 | 33 590 | 42 655 |
| | Rythme de progression de l'objectif relatif au nb de décomptes par ETP | 2,4% | 8,6% | 6,3% | 5,7% | 2,0% |
| | Taux de remplacement | 86,42 | 60,52 | 55,91 | 57,33 | 71,15 |
| **2008** | Objectif en nb de décompte par ETP | 40 923 | 37 648 | 40 384 | 35 677 | 44 731 |
| | Rythme de progression de l'objectif relatif au nb de décomptes par ETP | 2,8% | 5,9% | 4,3% | 6,2% | 4,9% |
| | Taux de remplacement | 75,36 | 57,89 | 53,08 | 58,71 | 65,38 |
| **2009** | Objectif en nb de décompte par ETP | 42 357 | nc | 42 895 | 38 183 | 47 191 |
| | Rythme de progression de l'objectif relatif au nb de décomptes par ETP | 3,5% | nc | 6,2% | 7,0% | 5,5% |

*Source : CNAMTS, CPG, calculs faits par la mission*

[474] L'écart entre la caisse la plus productive et la moins productive de l'échantillon reste à peu près constant puisqu'il s'établit aux environs de 10 000 décomptes par ETP. On aurait pu imaginer un rythme de progression plus soutenu pour les caisses les moins productives.

[475] Le même constat peut être fait concernant le taux de remplacement des départs à la retraite (cf. graphique ci-dessous). Pour une même productivité, ici le nombre d'ETP pour 1 000 bénéficiaires consommant, on observera que les taux de remplacement peuvent être sensiblement différents.

Graphique 8 : Productivité et taux de remplacement des départs à la retraite en 2008




*Source : CNAMTS*

### 1.5.2. L'analyse de la relation entre le volume d'activité et la productivité démontre que l'organisation de la production est encore loin de répondre à une logique économique.

[476] La seule réduction des écarts ne donne que quelques éléments d'indications sur la performance de l'organisation de la production. En complément il est intéressant d'observer s'il y a une relation entre volume d'activité et productivité. En effet, pour assurer une bonne comparaison il est utile de « neutraliser » le facteur « volume d'activité » dans l'explication du niveau de productivité. L'analyse de cette relation permet de répondre aux questions suivantes :

- Existe-t-il des rendements croissants et corollairement des déséconomies d'échelle ?
- Pour un même volume d'activité les caisses ont-elles le même niveau de productivité ?

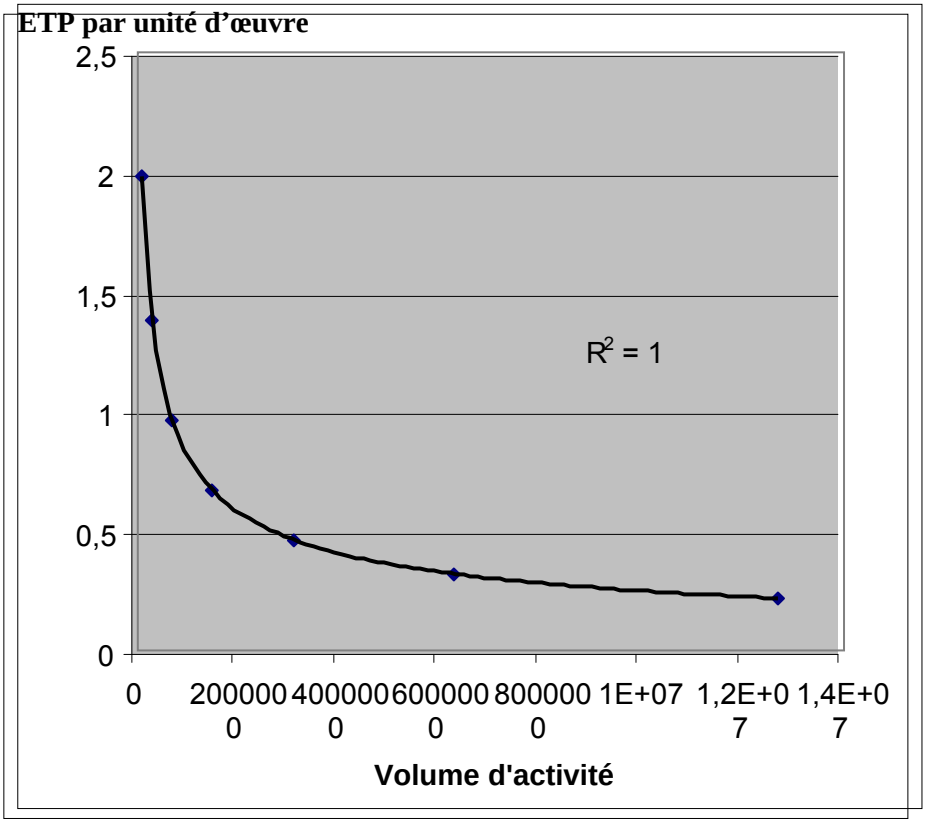
[477] Cette observation est source d'enseignement pour dessiner les trajectoires à venir des productivités des caisses.

[478] Deux types de résultats sont possibles :

- Soit la relation n'est pas observable mais alors la productivité des caisses devrait être la même quel que soit le volume d'activité
- Soit la relation existe et les productivités évoluent en fonction du volume d'activité, et on observe des rendements croissants et éventuellement des déséconomies d'échelle.

[479] Pour observer cette relation la mission a utilisé une courbe puissance dont le résultat doit s'approcher du graphe ci-dessous.

Graphique 9 : Exemple de courbe d'expérience

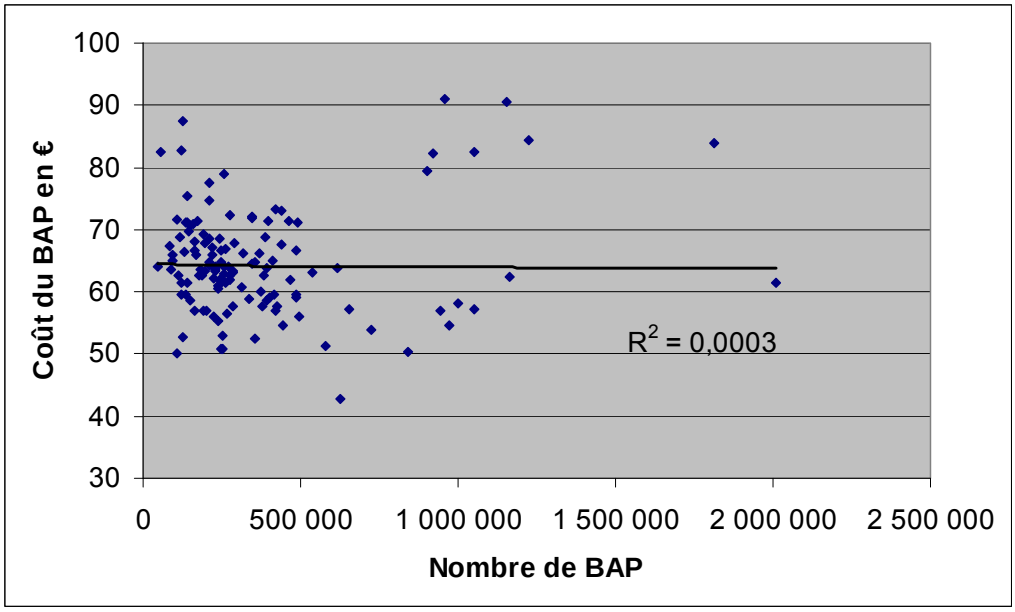



*Source : Mission*

[480] Il s'agit d'un exemple. Les pentes et le rythme de progressions de la productivité en fonction du volume d'activité peuvent être différents. Cette courbe est agrémentée d'un coefficient R² qui objective la qualité de la relation. Plus R² est près de 1 plus la relation se vérifie. Concrètement cela signifie que plus R² est proche de un plus les caisses qui ont des volumes d'activités proches ont aussi des productivités proches. A contrario plus R² est éloigné de un et plus les productivités sont différentes entre caisses de volume d'activité proches.

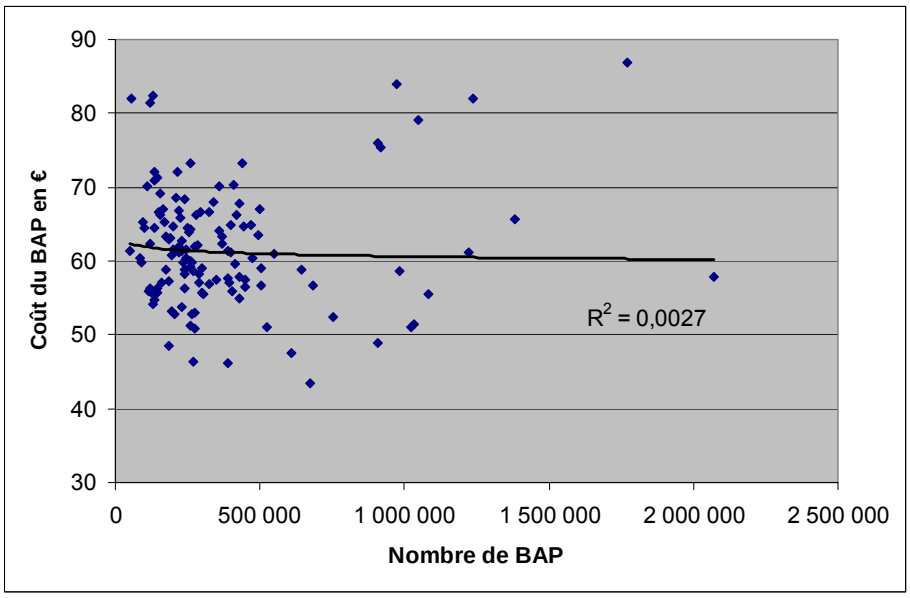
#### 1.5.2.1. Analyse de la relation entre efficience/volume d'activité par le coût du BAP

Graphique 10 : Relation entre le coût du BAP et le nombre de BAP, en 2004




*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

Graphique 11 : Relation entre le coût du BAP et le nombre de BAP, en 2008




*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

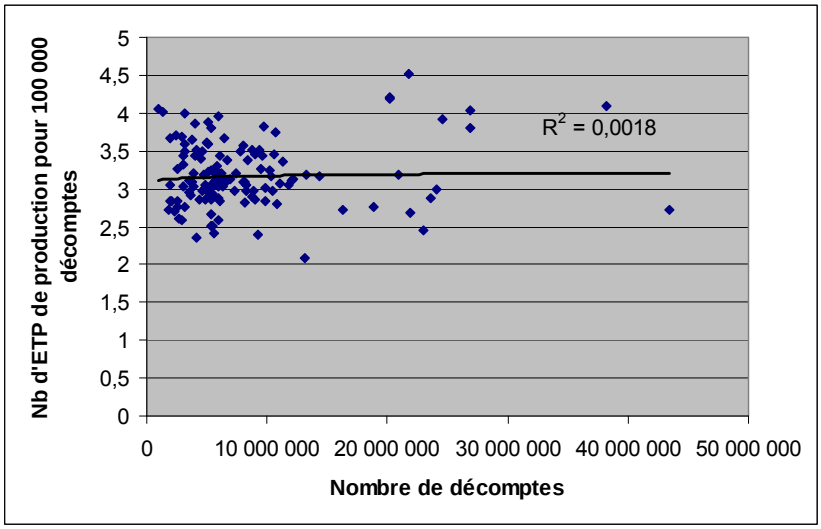
[481] On relèvera qu'en 2004 comme en 2008 la relation entre nombre de BAP (volume d'activité) et l'efficience (coût du BAP) est quasi inexistante, les coefficients R² étant très faibles. On peut en effet observer sur les deux nuages de points :

- pour un même nombre de BAP des coûts qui varient entre 50 et 70 euros approximativement, soit près de 40% d'écart;
- des caisses à gros volume d'activité qui ont les coûts de BAP les plus élevés ;
- les caisses qui ont le plus petit volume connaissent les meilleures productivités.

#### 1.5.2.2. Analyse de la relation productivité/volume d'activité par les indicateurs CPG de productivité

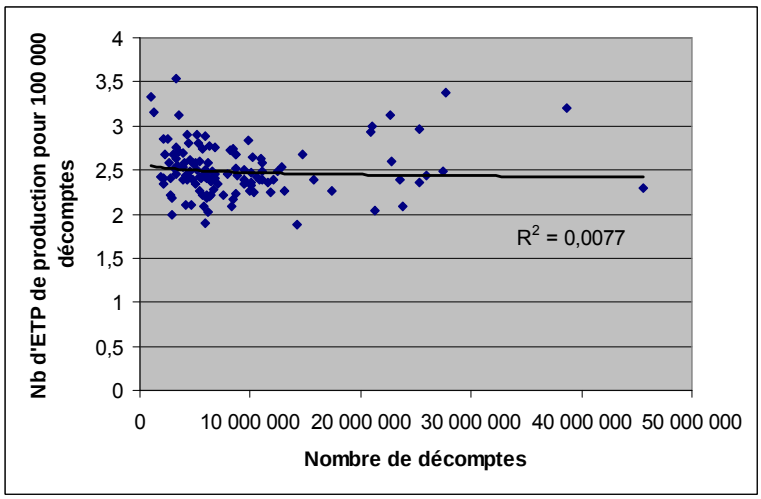
- Indicateur CPG de productivité en production

Graphique 12 : Relation entre le nombre de décomptes et le nombre d'ETP en production pour 100 000 décomptes, en 2004




*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

Graphique 13 : Relation entre le nombre de décomptes et le nombre d'ETP en production pour 100 000 décomptes, en 2008



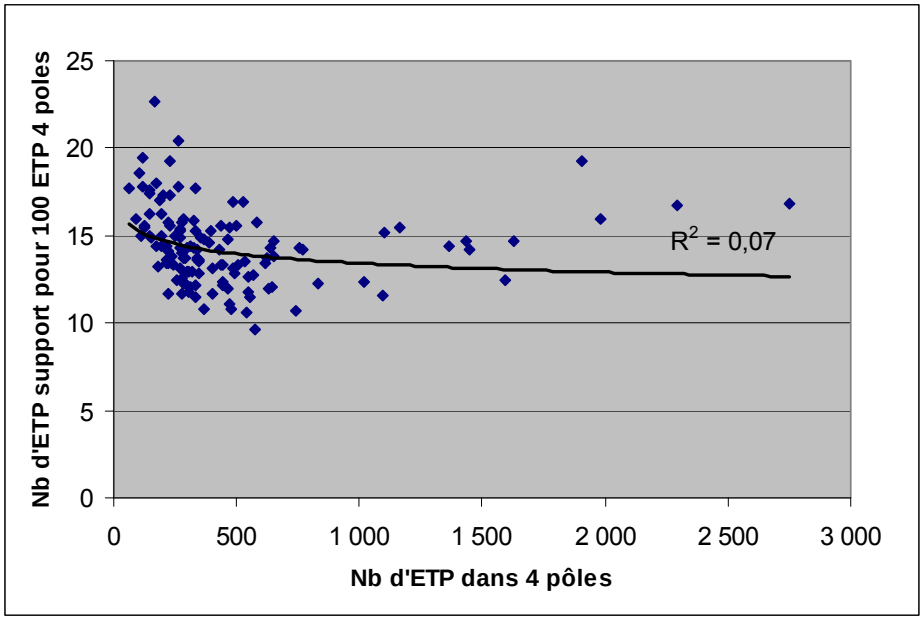

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

[482] On constate également l'absence de relation entre le nombre de décomptes et le nombre d'ETP de production pour 100 000 décomptes (productivité) et volume d'activité. Il n'y a pas d'évolution significative de cette relation ni même de la dispersion entre 2004 et 2008.

[483] Pour rendre le nuage de points plus lisible la mission a réalisé un retraitement simplifié en excluant des données analysées les 5 plus grosses caisses (cf. annexes).

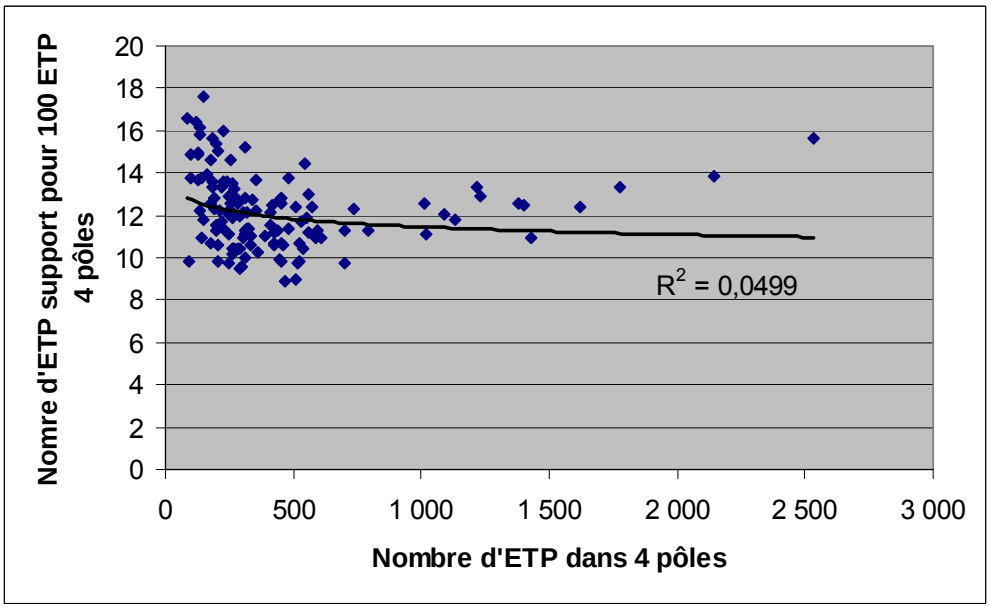
- Indicateur de productivité fonction support

Graphique 14 : Relation entre le nombre d'ETP en fonction support pour 100 ETP dans 4 pôles, en 2004




*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

Graphique 15 : Relation entre le nombre d'ETP en fonction support pour 100 ETP dans 4 pôles, en 2008




*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

[484] On notera une nouvelle fois l'inexistence de la relation entre le nombre d'ETP des 4 pôles et le nombre d'ETP fonctions support pour 100 ETP des 4 pôles. On relèvera également que la relation est plus faible en en 2008 qu'elle ne l'était en 2004.

[485] Pour rendre le nuage de points plus lisible la mission a réalisé un retraitement simplifié en excluant des données analysées les 5 plus grosses caisses (cf. annexes).

##### 1.5.2.3. Analyse de la relation productivité/volume d'activité par processus selon les données provenant de la comptabilité analytique

[486] Le même travail a été réalisé sur les principaux processus de production par l'intermédiaire des données de la comptabilité analytique. L'analyse de chaque processus figure dans les appendices. Les conclusions sont les mêmes pour tous les processus.

[487] Malheureusement, quelle que soit la méthode utilisée, on n'obtient jamais l'un ou l'autre de ces deus résultats. Il n'y a pas de corrélation entre volume d'activité et de productivité que l'on puisse observer pour l'ensemble des caisses. Dans le même temps les productivités sont très différentes pour un même volume d'activité. Des atypies importantes peuvent être observées.

[488] Donc, aujourd'hui, la répartition des effectifs, la productivité, malgré les progrès globaux enregistrés qui sont réels, sont plus la conséquence de facteurs historiques que les évolutions récentes n'ont encore que peu réduit, que d'une logique organisationnelle et économique.

### 1.5.3. La stratégie développée en matière d'organisation du réseau est construite sur la cible d'une caisse par département, laissant à l'initiative des caisses les opérations de mutualisation

[489] Comme le montre les résultats obtenus par les caisses les gains de productivités résident principalement dans la rationalisation de la production. La mission a déjà souligné la réorganisation de l'accueil (front office) mais aussi de la production liquidation des prestations (back office de production) dans toutes les caisses visitées.

[490] Ces caisses sont passées d'une organisation où chaque site réalisait l'ensemble des opérations d'une caisse, du front office au back office, à une organisation dans laquelle ils sont dissociés. Certaines CPAM ont ainsi pu passer d'une dizaine de sites assurant des opérations de liquidation, à trois.

[491] Au niveau national la stratégie suivie n'est pas tout à fait la même. Elle s'appuie sur une réduction du nombre de caisse et d'une démarche de mutualisation jusque là souple et à l'initiative des caisses, mais en laissant très largement de côté le cœur de métier.

##### 1.5.3.1. La CNAMTS a fait de la fusion des caisses sur la base d'une caisse par département un de ses principaux leviers de rationalisation du réseau

[492] La caisse nationale a choisi une démarche de réduction du nombre de CPAM pour rationnaliser son réseau. Sur le principe d'un maillage départemental, analysé par la mission des opérations de fusion ont été engagées pour une vingtaine de caisse. Les premières fusions devraient être effectives au premier janvier 2010.

[493] Les efforts sont réels bien qu'à ce stade les opérations se limitent à une fusion juridique des conseils. Cette simplification ne prendra tout son sens en termes d'organisation que lorsque la fusion des conseils se traduira dans l'organisation de la production et du réseau d'accueil. Dans les caisses visitées par la mission, ces opérations de restructuration ne sont pas encore à l'étude. Il est probable que les premiers effets ne se feront pas sentir avant 2011 voire 2012.

[494] En outre, cette stratégie aura nécessairement des effets limités. D'une part les fusions ne concernant qu'une vingtaine de caisse dont certaines sont petites. Le volume d'activité touché est donc réduit. Les gains de productivité seront probablement faibles.

[495] D'autre part elle se heurte à sa propre limite qui est de considérer le niveau départemental comme le bon niveau d'organisation de la production ce que les chiffres ne démontrent pas. Pour ces raisons, si l'effort réalisé par la CNAM est important, les gains qui seront obtenus, sous réserve des opérations de réorganisation de la production, seront faibles.

#### 1.5.3.2. Une démarche de mutualisation qui laisse l'initiative aux caisses

[496] Conformément aux engagements de la convention d'objectifs et de gestion, la CNAMTS a lancé une démarche de mutualisation qui accompagne la réduction du nombre de caisses. Cette démarche a laissé une très large autonomie aux organismes des réseaux. Dans le cadre d'un appel à projet, les organismes ont pu présenter des cahiers des charges à la validation de la caisse nationale.

[497] La sélection des projets par la CNAMTS tient d'abord aux enjeux portés par le chantier de mutualisation et la capacité à tirer les enseignements de ces expérimentations dans la perspective d'une généralisation. Elle a utilisé les critères suivants :

- progression du niveau de qualité et continuité des activités ;
- amélioration de la performance attendue ;
- renforcement de l'expertise et prise en compte de l'évolution des effectifs ;
- volumétrie de l'activité mutualisée et retour sur investissement associé ;
- transfert réel d'activité plutôt que simple coopération ;

[498] Un des objectifs poursuivis par la caisse nationale visait à créer une dynamique dans les réseaux. De ce point de vue l'objectif est atteint, même si on peut on peut observer un tassement du nombre de cahiers des charges transmis au niveau national passé de 360 en 2007 à 201 en 2009.

[499] La démarche appelle néanmoins quelques observations. En premier lieu la mission constate que le champ de mutualisation porte très majoritairement sur les fonctions support ou de plateformes téléphoniques. L'intérêt de ce champ n'est pas discutable. Mais on peut s'étonner de voir aussi peu de projets de mutualisation concernant les processus du cœur de métier.

[500] Parmi toutes les opérations de gestion et de liquidation réalisées par les caisses primaires seules les rentes et l'invalidité ont fait l'objet de projets de mutualisation complète. L'intérêt de ces opérations est manifeste sur le plan de la qualité, de l'efficacité ou encore de la taille critique. Mais en termes de volume d'activité les enjeux sont modérés en comparaison du traitement des feuilles de soins électroniques (FSE), de la gestion des bénéficiaires, ou encore de celles des indemnités journalières.

[501] Ainsi en matière de prestations en nature, très en deçà de ce qui aurait pu être imaginé, les projets approuvés, une soixantaine sur trois ans, concernent très rarement la numérisation des feuilles de soins papier (uniquement cette opération, en excluant le traitement), et plus souvent le règlement aux établissements et la gestion des relations internationales.

[502] On notera des projets de mutualisation nombreux et plus systématiques dans la gestion de la relation clients. En particulier toutes les plateformes téléphoniques sont mutualisées. Il existe aussi des projets de mise en place d'accueil conjoint entre CPAM et échelon local du service médical.

[503] En deuxième lieu, le nombre d'organismes associés est très variable. En 2009, 30% des projets associent l'ensemble des caisses primaires d'une région. La DRSM est associée dans 44% des projets et la CRAM dans 15%.

[504] Si la dynamique est réelle on ne peut qu'être frappé par la très grande diversité des situations, tant en ce qui concerne le champ de mutualisation que s'agissant des organismes associés. De sorte que la mission s'interroge sur les enseignements que l'on pourra tirer de ces expériences dont les configurations peuvent induire des analyses erronées sur leurs avantages et leurs inconvénients.

[505] A ce stade, à l'exception des rentes et de l'invalidité (cf. infra), les résultats ne sont pas connus.

[506] Enfin, la mission souligne que les démarches de mutualisation qui seront lancées au niveau national ne pourront se limiter au champ des projets initiés par les caisses. Elle rappelle que la COG indiquait que « la gestion des prestations en nature devra autant que possible être organisée autour de sites exploités pour le compte de plusieurs caisses ».

#### 1.5.3.3. La rationalisation des centres de production de chaque caisse ne fait pas l'objet d'un suivi national

[507] Comme la mission l'a déjà souligné (cf. supra) les caisses visitées ont toutes mis en œuvre depuis plusieurs années une réorganisation de leur production en réduisant le nombre de centres de production.

[508] Curieusement ces éléments ne font pas l'objet d'un suivi au niveau national. Alors qu'il s'agit d'un levier fondamental de productivité l'organisation de l'appareil de production n'est pas visée par le CPG ni suivi par un autre outil. De sorte que la caisse nationale ne connaît pas le potentiel du réseau en la matière.

**Recommandation n°37 : Suivre, caisse par caisse, l'organisation de la production des caisses**

[509] Aujourd'hui les caisses sont à la recherche d'un équilibre entre la spécialisation des centres de production et le maintien d'un niveau de polyvalence permettant d'absorber les pics d'activité. Les solutions en cours de construction varient selon la taille de la caisse : une grosse caisse envisage la constitution d'une équipe dédiée qui pourrait être composée d'une vingtaine de personnes. Les caisses plus petites n'ayant pas les ressources nécessaires à la constitution d'une équipe dédiée envisagent d'assurer une certaine polyvalence dans chaque centre. Cette régulation de l'activité est rendue possible par la dématérialisation des flux.

[510] Cette capacité à réguler l'activité suppose aussi des actions de formation et le maintien d'un niveau d'activité suffisant pour permettre la professionnalisation.

#### 1.5.3.4. Une stratégie de développement de l'activité pour les grosses caisses

[511] La situation des plus grosses caisses en termes de productivité est globalement mauvaise. Leurs résultats sont très en deçà de la plupart des autres caisses. L'absence de relation entre volume d'activité et productivité ne permet pas d'objectiver cette situation par l'existence de déséconomies d'échelle.

[512] Pour obtenir une productivité proche de celle de leurs consœurs à moyen terme (5 ans par exemple), il leur faudrait déployer un effort très important. Or, sur une période assez courte cet effort est hors de portée avec le seul levier des départs à la retraite.

[513] Aussi une stratégie complémentaire a été adoptée. Cela consiste, à moyens constants, et éventuellement contre rémunération du service pour celles qui sont externes, à prendre en charge de nouvelles activités. Il peut s'agir par exemple d'opérations de numérisation des feuilles papiers d'autres CPAM (la mission a connaissance d'un seul exemple en la matière). Mais cette stratégie consiste plutôt à aller chercher de nouvelles activités à l'extérieur de la branche. Ainsi une caisse a pris en charge les opérations de gestion de la caisse des industries électriques et gazières (CAMIEG).

[514] La stratégie poursuivie est intéressante et pragmatique. La mission souhaite néanmoins attirer l'attention sur les limites qu'il faut lui donner. Elle ne peut qu'être complémentaire à un effort de réorganisation de l'activité interne. Ce n'est qu'après épuisement des marges qu'elle doit être poursuivie. Car ce développement ne pourra être indéfiniment poursuivi, et le potentiel réside avant tout dans l'organisation des activités internes.

## 2. LES BESOINS EN EFFECTIFS DE LA BRANCHE MALADIE POUR FAIRE FACE A SON ACTIVITE FUTURE

### *2.1. Une activité qui va continuer de croître*

[515] L'évolution démographique de la population française est un inducteur de charge direct. Son augmentation se traduit automatiquement par une augmentation à due concurrence des opérations de gestion des bénéficiaires. Elle provoque également une augmentation des opérations de liquidation sans pour autant que cette relation soit proportionnelle.

[516] Depuis les années 2000 le niveau des naissances élevé en France illustre le dynamisme de la population française. Après avoir connu un léger fléchissement des années 2002 à 2004 le nombre de naissances s'établit à plus de 800 000 par an et atteint même 834 000 en 2008.

Tableau 54 : Evolution démographie générale en France métropolitaine sur la durée de la COG 2006-2009

| | Population au 1er janvier | Evolution annuelle |
|---|---|---|
| **2006** | 61 400 | |
| **2007 (p)** | 61 771 | 0,60% |
| **2008 (p)** | 62 106 | 0,54% |
| **2009 (p)** | 62 449 | 0,55% |

*Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil, p) Populations 2007, 2008 et 2009, état civil 2008 : résultats provisoires à fin 2008, champ : France métropolitaine*

Tableau 55 : Projections démographiques pour les années 2010-2014

| | Population au 1er janvier - Scénario central | Evolution annuelle |
|---|---|---|
| **2009** | 62 092 | |
| **2010** | 62 461 | 0,59% |
| **2011** | 62 840 | 0,61% |
| **2012** | 63 211 | 0,59% |
| **2013** | 63 576 | 0,58% |
| **2014** | 63 932 | 0,56% |

*Source : Insee, projections de population 2005-205O, champ : France métropolitaine.*

[517] On observera un écart entre les projections établies en 2005 et les estimations de population calculées à partir des dernières données disponibles. Ainsi la population en 2009 sera supérieure à celle qui avait été projetée selon le scénario central avec une hypothèse de fécondité haute. Néanmoins le rythme annuel de progression devrait rester assez proche de celui des dernières années.

[518] Enfin, la modification des règles concernant le renouvellement des droits devrait entraîner un surcroit d'activité pour la branche maladie. Un premier travail qui devrait être terminé en 2009 dans toutes les caisses a consisté à balayer le fichier des assurés au regard des nouvelles règles. Mais il y aura également un impact sur le fonctionnement courant des CPAM : des opérations de vérification plus nombreuses, et éventuellement des reports d'assurés en fins de droit vers la CMU dont le traitement est plus lourd. Une expérimentation est en cours en Auvergne dont les enseignements ne sont pas encore connus.

## *2.2. Les besoins de la branche selon plusieurs scénarios d'évolution de la productivité*

### 2.2.1. Les écarts de productivité entre caisses démontrent que les besoins réels pour gérer l'activité sont moins importants que les moyens aujourd'hui mobilisés

[519] L'amélioration de la productivité a été significative sur les dernières années, mais les écarts entre caisses sont loin d'être réduits. La mission a souligné que quelque soit la méthode retenue il n'était pas possible d'observer une relation entre volume d'activité et productivité. Cela signifie que pour un même volume d'activité certaines caisses ont des productivités très bonnes tandis que d'autres connaissant de maux vais résultats. Ceci est vrai quelque soit la taille de la caisse.

[520] Des gains de productivité importants sont donc possibles par la réduction des écarts entre caisse. Leur estimation n'est pas aisée.

[521] Pour esquisser la cible en matière de réduction faut-il ou on considérer que l'on devrait observer au sein du réseau des caisses des productivités qui s'améliorent avec le volume d'activité ? Faut-il construire les hypothèses sur la base d'une corrélation observée entre productivité et volume d'activité ?

[522] Rien ne permet de penser que la production dans les CPAM ne pourrait pas suivre une logique économique en enregistrant des économies d'échelles (efficience), des effets d'apprentissage ou encore des effets d'innovation dans les processus. En l'absence d'une telle corrélation toutes les caisses devraient avoir à terme la même productivité que la meilleure d'entre elles indépendamment de tous facteurs y compris le volume qu'elle doit traiter. Par ailleurs, il n'y aurait pas de déséconomies d'échelle ni de taille optimale.

[523] La mission a retenu deux méthodes dont les résultats très proches indiquent que la réduction des écarts permettraient de réduire les besoins en ETP de près de 12 000 ETP.

#### 2.2.1.1. La réduction des écarts en fonction de productivités de référence différenciées selon le volume d'activité

[524] Cette méthode est fondée sur l'hypothèse d'une relation entre le volume d'activité et la productivité. Pour une caisse donnée, la productivité de référence est donc celle de la caisse qui a obtenu le meilleur résultat pour un volume d'activité comparable. Pour réaliser les calculs selon la méthode retenue la mission a procédé selon les étapes suivantes :

- La première étape consiste à identifier des caisses dont les résultats permettent d'illustrer que la corrélation entre volume d'activité et productivité est possible,
- la mission a ensuite identifié les productivités de référence pour 5 tranches de volume d'activité.
- les productivités de référence ont ensuite été appliquées à chaque caisse selon son volume d'activité. Deux calculs complémentaires ont été faits correspondant à deux scénarios dégradés de productivité.

**1. Identification de la relation entre volume d'activité et productivité**

[525] La première étape du calcul réalisé a consisté à trouver une relation entre le volume d'activité et la productivité qui est au centre du raisonnement conduit par la mission. Pour cela, sur la base d'un croisement entre ETP Annuels rémunérés (comprenant CDI et CDD du FNG) et BAP, 11 caisses ont été sélectionnées dont les résultats illustrent la possibilité d'une telle relation. Il aurait été possible de faire le même exercice avec un nombre plus important de caisses.

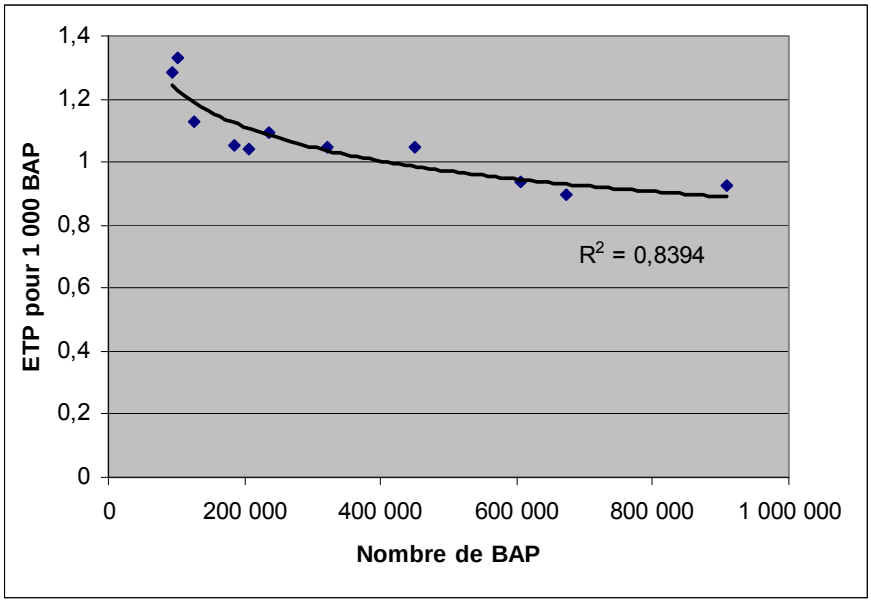
Tableau 56 : Caisses sélectionnées pour illustrer la possibilité d'une relation volume d'activité/productivité entre ETP et BAP

| Nom | Etp présents rémunérés CDI + CDD au 31/12/2008 | BAP 2008 | ETP/1000 BAP |
|---|---|---|---|
| Aurillac | 120,5 | 93 847 | 1,284204863 |
| Gap | 135,4 | 101 673 | 1,331655899 |
| Auch | 142,2 | 126 246 | 1,126102041 |
| Tarbes | 194,2 | 184 451 | 1,052878286 |
| Vienne | 215,3 | 206 672 | 1,041619709 |
| Laon | 259,4 | 236 716 | 1,095860449 |
| St Lo | 337,5 | 322 448 | 1,046620864 |
| Avignon | 471,5 | 451 021 | 1,045315751 |
| Nîmes | 566,7 | 606 400 | 0,934491311 |
| Montpellier | 600,6 | 671 798 | 0,894061229 |
| Toulon | 840,5 | 909 624 | 0,924019524 |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

[526] Cette sélection permet d'obtenir une relation volume d'activité/productivité beaucoup plus forte comme le montre la graphique ci-dessous avec un coefficient $R^2$ à plus de 0,8. A titre de rappel plus le coefficient $R^2$ est proche de 1 plus la relation entre les deux variables est forte.

Graphique 16 : Relation entre volume d'activité et productivité pour une sélection de 11 caisses (2008)




*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

### 2. Identification des productivités de référence pour 5 tranches de volume d'activité

[527] La mission a ensuite identifié des productivités de référence pour 5 tranches de volume d'activité. Il aurait été possible de conduire un calcul caisse par caisse en reprenant les équations obtenues lors du calcul de la courbe de puissance illustrant la relation entre volume d'activité et productivité. La mission a souhaité retenir une approche plus simple et plus souple pour la branche maladie.

[528] Pour le scénario de référence la productivité de la tranche a été calculée en retenant la plus élevée de l'échantillon. Pour construire les scénarios dégradés la mission a fait évoluer la productivité de référence de 15 à 30% ce qui correspond à un ou deux écarts type constatés sur les productivités 2008 pour l'ensemble des caisses.

Tableau 57 : Productivités retenues par tranche de nombre de BAP

| Nombre de BAP | Nb d'ETP pour 1 000 BAP | Nb d'ETP pour 1 000 BAP + 15% | Nb d'ETP pour 1 000 BAP + 30% |
|---|---|---|---|
| <= 100 | 1,28 | 1,472 | 1,664 |
| >100 et <= 200 | 1,05 | 1,2075 | 1,365 |
| > 200 et <= 400 | 1,04 | 1,196 | 1,352 |
| > 400 et <= 600 | 0,93 | 1,0695 | 1,209 |
| 600 et plus | 0,89 | 1,0235 | 1,157 |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission, ETP présents et rémunérés, CDI et CDD*

**3. Application des productivités à chaque caisse selon son volume d'activité**

[529] Ces productivités sont ensuite appliquées aux caisses en fonction de leur volume de BAP.

[530] Caisse par caisse la mission a retenu la meilleure productivité entre celle constatée en 2008 et celle calculée par la présente méthode. Enfin les ETP sont recalculés compte tenu de la productivité retenue et du volume d'activité constaté en 2008.

[531] La réduction des écarts fondée sur l'observation d'une relation volume et d'activité / productivité étroite aboutirait une baisse des besoins en ETP se situant entre 2 800 à près de 11 960 selon les scénarios. Le détail des calculs par caisse figure en appendice.

Tableau 58 : Différence entre les besoins en ETP selon les scénarios de productivité et les ETP au 31/12/2008

| Hypothèse | Différence entre les besoins en ETP et les ETP réels en 2008 |
|---|---|
| Haute (productivité de référence) | -12 000 |
| Moyenne (productivité de référence + 15%) | -6 000 |
| Basse (basse productivité de référence + 30%) | -2 800 |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission, ETP présents et rémunérés, CDI et CDD*

2.2.1.2. La réduction des écarts par l'alignement de toutes les caisses sur la même productivité

[532] Les estimations faites selon cette méthode consiste à, indépendamment du volume d'activité, à calculer une productivité de référence et l'appliquer à toutes les caisses. Cette méthode n'étant pas construite sur une relation entre le volume d'activité et la productivité, la productivité de référence est la productivité moyenne des 10 meilleures ou des 20 meilleures caisses.

[533] En procédant ainsi selon l'hypothèse retenue la réduction des écarts entrainerait une baisse des besoins en EPT entre 10 000 et 12 000 ETP. Ce résultat est très proche de celui obtenu avec la première méthode.

Tableau 59 : Simulation de la réduction des écarts par alignement de toutes les caisses sur la même productivité (nb d'ETP pour 1 000 BAP)

| Hypothèse | Productivité moyenne (nb d'ETP / 1 000 ETP) | ETP présents rémunérés en 2008 (CDI + CDD) | ETP avec application de la productivité de référence | Evolution des besoins en ETP |
|---|---|---|---|---|
| 10 meilleures caisses | 0,954 | 58 906 | 46 623 | -12 000 |
| 20 meilleures caisses | 0,997 | 58 906 | 48 588 | -10 000 |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

### 2.2.2. Une progression de la dématérialisation réduirait significativement les besoins en effectifs

#### 2.2.2.1. Les bénéfices restant à réaliser en matière de dématérialisation de feuilles de soins sont importants

[534] En 2008, tous professionnels de santé confondus, le taux de dématérialisation des feuilles de soins était de 84,6%. Compte tenu des productivités des processus de traitement des FSE et des feuilles de soins électronique, les gains en dématérialisation ont un impact important sur l'efficience de l'organisation de la branche maladie.

Tableau 60 : ETP affectés aux processus de traitement des feuilles de soins en 2008

| | ETP | Nb de décomptes | Poids | Productivité (nb de décomptes par ETP) |
|---|---|---|---|---|
| **FSE + B2** | 4 521 | 894 821 422 | 84% | 197 916 |
| **FSP Scanner** | 2 181 | 114 071 769 | 11% | 52 299 |
| **FSP Manuel** | 4 144 | 56 860 355 | 5% | 13 720 |
| **Total** | 10 847 | 1 065 753 546 | | |

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[535] La mission a essayé de quantifier les gains qui résulteraient, toutes choses égales par ailleurs, d'une progression de la dématérialisation durant la durée de la prochaine COG. Ces calculs sont réalisés avec les données de la comptabilité analytique sur l'année 2008 sur un volume d'activité projeté en 2013. Plusieurs hypothèses ont été retenues :

- le taux de dématérialisation (nombre de décomptes du processus FSE + B2 sur nombre total de décomptes) de référence est de 84%, c'est-à-dire celui constaté en 2008
- pour les décomptes non dématérialisés la répartition est considérée comme constante. Elle se fait sur la base de 69% pour les décomptes traités en FSP Scanner et 31% pour les décomptes en FSP manuel, soit la répartition observée en 2008.
- La mission a retenu le principe d'une croissance annuelle du nombre de décomptes de 1,41% sur 4 exercices, ce qui correspond au rythme annuel moyen observé entre 2004 et 2008. Le nombre de décomptes serait ainsi de 1 140 782 596 en 2013.

Tableau 61 : Simulation de l'impact d'une progression de la dématérialisation sur les besoins en ETP pour traiter les feuilles de soins en 2013

| Taux démat | FSE | | FSP Manuel | | FSP Scanner | | TOTAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nb de décomptes | ETP | Nb de décomptes | ETP | Nb décomptes | ETP | ETP | Différence avec situation de référence |
| 84 (situation de réf.) | 958 257 380 | 4 842 | 56 582 817 | 4 124 | 125 942 399 | 2 408 | 11 374 | So |
| 85 | 969 665 206 | 4 899 | 53 046 391 | 3 866 | 118 070 999 | 2 258 | 11 023 | 351 |
| 90 | 1 026 704 336 | 5 188 | 35 364 260 | 2 578 | 78 713 999 | 1 505 | 9 270 | 2 104 |
| 95 | 1 083 743 466 | 5 476 | 17 682 130 | 1 289 | 39 357 000 | 753 | 7 517 | 3 857 |
| 100 | 1 140 782 596 | 5 764 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 764 | 5 610 |

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[536] On peut ainsi observer que les gains pouvant être réalisés par la dématérialisation sont encore très importants. Un point de dématérialisation représente une réduction des besoins en ETP de 351 pour traiter le volume projeté en 2013. Le scénario à 100% est irréaliste car une partie des feuilles de soins circulera toujours sous forme papier ne serait-ce que pour les situations de perte ou d'oubli de cartes par exemple. Si on retient l'hypothèse d'un taux de dématérialisation raisonnable entre 90 et 95% les besoins en ETP pour gérer les décomptes seraient réduits d'environ 3 000-3 500 ETP à productivité de traitement de FSE constante, soit près de 3/5 de l'effort réalisé sur la COG actuelle, ce qui est donc très significatif.

[537] Atteindre un taux de dématérialisation autour de 95% supposerait néanmoins une action volontariste, des pouvoirs publics et de la caisse nationale, vers les professions de santé pour lesquelles les marges de progrès sont les plus importantes, tout particulièrement les médecins généralistes et les spécialistes (cf. infra).

[538] Le code de la sécurité sociale prévoit la possibilité de demander une contribution forfaitaire aux professionnels de santé, établissements et organismes, transmettant des feuilles de soins papier, ou autres documents servant à constater la délivrance aux assurés sociaux de soins, de produits ou des prestations remboursables. Jusque là cette contribution était fixée dans les conventions signées avec les différentes professions. La Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a confié au seul directeur de l'UNCAM le soin de la déterminer. Moyennant un accompagnement, des professionnels de santé, c'est un levier important pour poursuivre la progression du taux de dématérialisation.

#### 2.2.2.2. Tous les gains de productivité liés à la dématérialisation des déclarations de salaires pour la liquidation des indemnités journalières.

[539] Malgré la dématérialisation de la déclaration de salaires (DSIJ) à hauteur de 25% aucun gain de productivité n'est réalisé. L'absence d'injecteur dans le système d'information de la CNAMTS conduit de fait les équipes à imprimer les déclarations électroniques qui leur parviennent pour les saisir ensuite dans les applications informatiques de la branche.

[540] Or les effectifs affectés au traitement des IJ maladie, maternité et paternité sont de plus de 4 220 ETP en 2008 selon la comptabilité analytique. Il y a donc là une source importante de gains de productivité.

[541] Malheureusement compte tenu de l'organisation actuelle, la productivité du traitement des décomptes DSIJ dématérialisés n'est pas connue par la caisse nationale qui ne dispose pas d'étude en la matière. On ne peut donc qu'essayer de l'approcher.

[542] Le processus de traitement des indemnités journalières en matière de maternité, paternité et maladie comprend les opérations suivantes :

- Ensemble des activités liées à la prise en compte des flux entrants.
- Ensemble des opérations liées à l'instruction des dossiers (ouverture des droits, demandes d'informations, notifications de refus …).
- Saisie des éléments de salaire,
- Gestion de l'échéancier,
- Tous contrôles réalisés dans le cadre du contrôle interne.
- Ensemble des opérations d'archivage**.**
- Gestion des réclamations par le personnel spécialisé (Back –Office).

[543] Les gains de la dématérialisation porte sur un nombre d'opérations significatifs puisqu'il devrait alléger la prise en compte des flux, supprimer la saisie, et faciliter les opérations d'archivage.

[544] En s'appuyant sur les résultats en matière de feuilles de soins, on constate que la productivité du processus de traitement des FSE est 14 fois meilleure que celle des feuilles de soins papier. Cependant l'instruction des demandes d'indemnités journalières est plus complexe.

[545] Il paraît donc difficile d'obtenir une telle différence entre le traitement d'une DSIJ dématérialisée et interfacée avec le système d'information et celui d'une DSIJ papier. La mission estime plus probable que cet écart corresponde à peu prés à celui observable entre la productivité du processus « feuilles de soins papier » et celle du processus « feuilles de soins scannérisées », soit un rapport de un à quatre selon les données de 2008 (7,3 ETP pour 100 000 décomptes pour le processus FSP manuel contre 1,9 ETP pour 100 000 décomptes pour le processus FSP Scanner). En effet, ces deux processus se différencient seulement par le traitement du flux d'entrée. Par ailleurs l'un comme l'autre nécessite une saisie d'un opérateur, ce qui ne serait pas le cas pour les DISJ dématérialisées.

[546] La mission considère donc raisonnable de prendre comme hypothèse de travail un rapport de 1 à 4 entre les productivités de traitement des demandes d'indemnités journalières dématérialisées avec injection directe dans les outils informatiques et celui des demandes papier.

[547] Sur cette base, dans la perspective d'un taux de dématérialisation de 25% avec injection directe dans le SI, les gains en productivité entrainerait une baisse des besoins de l'ordre de 800 ETP. Une dématérialisation de 50% conduirait à réduire de 1 600 les ETP affectés au traitement des indemnités journalières.

Tableau 62 : Impact de la dématérialisation des DSI sur les ETP affectés à leur traitement

| **Hypothèse de taux de dématérialisation et injection** | **DSI dématérialisée et injectée** | | **DSIJ non dématérialisée, ou dématérialisée et non injectée** | | **Total ETP** | **Différence avec situation de départ** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Nb de décomptes** | **ETP** | **Nb de décomptes** | **ETP** | | |
| 0 (situation de départ) | 0 | 0 | 27 377 167 | 4 229 | 4 229 | |
| 25% | 6 844 292 | 264 | 20 532 875 | 3 172 | 3 436 | 793 |
| 50% | 13 688 584 | 529 | 13 688 584 | 2 115 | 2 643 | 1 586 |
| 75% | 20 532 875 | 793 | 6 844 292 | 1 057 | 1 850 | 2 379 |
| 95% | 26 008 309 | 1 004 | 1 368 858 | 211 | 1 216 | 3 013 |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

[548] La progression du taux de dématérialisation sera toutefois difficile à réaliser compte tenu des limites évoquées par la mission concernant l'adhésion des entreprises à ce mode de déclaration du fait de leurs propres systèmes d'information (cf. annexe systèmes d'information). Aussi les scénarios bâtis sur une hypothèse de dématérialisation de 50% et plus semblent pour l'instant éloignés.

#### 2.2.2.3. Le champ de la dématérialisation peut encore être étendu

[549] Une réflexion analogue peut être conduite concernant le traitement des déclarations d'accidents du travail et des maladies professionnelles qui concernent un peu plus de 1 100 ETP en 2008.

[550] Enfin, avec le développement de contacts multicanaux et en particulier des services WEB une partie des contacts réalisés jusque là dans les agences ou sur les plateformes téléphoniques. Les ETP affectés à ces deux processus étaient en 2007 respectivement de 4 500 et 3 700.

[551] Le déploiement d'une offre de services internet conduira certainement à une augmentation des contacts mais aussi à un report sur ce nouveau mode de relation. A la condition que les processus de production aient fait l'objet d'une réingénierie pour tenir compte de ses nouveaux services. Or aujourd'hui les opérations réalisables sur internet sont traitées comme les flux papier. La mission n'est pas en mesure d'estimer les gains possibles mais compte tenu du nombre d'ETP ils pourraient s'avérer significatifs.

[552] Parmi les autres opérations ou traitements pour lesquels des gains, certes moins importants, sont aussi possibles :

- Le rapprochement des lots électroniques et des lots papiers des pièces justificatives envoyés par les officines
- La liquidation médico administrative par un meilleur interfaçage des systèmes d'information médicaux et administratif. Néanmoins, l'intérêt de la liquidation médico administrative est avant tout d'obtenir une plus grande efficacité, en particulier en matière de contrôles.

### 2.2.3. Une mutualisation renforcée des fonctions supports mérite d'être conduite entre les différents réseaux

[553] La dynamique de mutualisation lancée par la CNAMTS grâce à l'appel à projet à permis de faire émerger un certain nombre de pistes intéressantes. Elle a incontestablement crée une dynamique qui commence néanmoins à s'essouffler. Une nouvelle impulsion est nécessaire pour mettre en œuvre les mutualisations nécessaires.

[554] Aux yeux de la mission certains sujets se prêtent naturellement à une mutualisation qui ne devrait pas se limiter à plusieurs caisses mais aussi englober d'autres organismes de la branche, principalement les DRSM. Il en est ainsi des fonctions suivantes :

- Audit : aujourd'hui chaque caisse dispose d'une équipe d'audit plus ou moins importante qui se consacre essentiellement à des audits qualité en lien avec la certification ISO. Si la mission n'est pas en mesure de porter une appréciation sur la qualité des audits réalisés, la mutualisation, par l'augmentation du volume et la diversité des audits et des situations, permettrait certainement de professionnaliser d'avantage les équipes. Par ailleurs, pour les mêmes raisons la mutualisation rendrait possible le développement de missions d'audit interne sur d'autres thèmes que la qualité, en particulier l'optimisation de la production, au profit des équipes de direction alors que la mission a pu constater dans les caisses visitées que ce type de mission reste peu développé.
- Paye : des expérimentations ont eu lieu en la matière. Il ne fait pas de doutes qu'il s'agit d'un champ classique de mutualisation qui concernent l'ensemble des organismes
- Contentieux : les équipes gérant les contentieux sont parfois assez réduites. Pour certains contentieux le volume d'affaire traité est très faible. C'est le cas en matière pénal. En outre en l'absence d'une animation nationale forte la dissémination des équipes nuit à la

cohérence d'ensemble et peut être source d'insécurité juridique. La mutualisation de cette fonction rendrait plus facile l'animation nationale et la professionnalisation sur certaines affaires.

- Système d'information : comme la mission l'a souligné il existe dans toutes les caisses des équipes informatiques qui assurent les interventions de premier niveau et la réalisation de développement locaux. Il est nécessaire de maintenir une fonction informatique dans chaque caisse pour assurer un support de premier niveau. Par contre s'agissant des développements locaux, la mutualisation entre plusieurs caisses aurait le double avantage d'une plus grande efficacité et d'une plus grande cohérence dans les solutions mises en place. Toutefois, il faudrait prendre en compte les conséquences de la réorganisation de la DDSI qui peut aboutir à un redéploiement des moyens des CTI vers des fonctions d'animation et de supervision des applications locales
- Gestion des approvisionnements et des biens. La mission n'a pas connaissance d'expérimentation sur ces processus. Ce sont pourtant deux sujets qui s'imposent assez naturellement pour une opération de mutualisation.

[555] Sur certains des sujets évoqués, par exemple certains contentieux ou encore la paye, il serait certainement envisageable de mutualiser sur une base nationale. Toutefois, elle serait néanmoins source de progrès si elle était réalisée au niveau régional.

[556] Il est difficile compte tenu des éléments disponibles de déterminer ce que pourraient être les gains de productivité potentiels. Dans la comptabilité analytique les ETP ne sont pas ventilées à un niveau inférieur au macro processus. Seuls les processus de gestion des approvisionnements et de gestion des biens la mission peuvent faire l'objet d'une estimation sur la base des données de la comptabilité analytique. En 2008 ils occupaient plus de 2 000 ETP.

[557] Concernant la gestion des biens la productivité nationale s'est établie en 2008 à 2 089 m² par ETP. Une progression de la productivité vers au niveau du résultat des 10 à 20 meilleures caisses la situerait autour de 5 000 M² par ETP. La gestion des biens demanderait alors pour l'ensemble des caisses un peu plus de 430 ETP. S'agissant de la gestion des approvisionnements sur un raisonnement identique porterait la productivité à 1 500 000 euros gérés en classe 6 (hors compte 64) contre 916 351 en 2007. Il faudrait alors affecter 611 ETP à cette gestion. Au total près de 1 100 ETP seraient nécessaires pour prendre en charge les deux processus, contre plus de 2 000 actuellement.

[558] Enfin la mission a déjà indiqué que les mutualisations ne concernaient que très peu le service des prestations qui reste le premier métier des caisses et celui qui demande le plus de moyens. Quelques expériences ont eu lieu sur des secteurs relativement réduits comme les rentes ou les invalidités. Elles ont démontré que les gains de productivité engrangés pouvaient être importants. Ainsi la mutualisation de la gestion des rentes et des prestations d'invalidité entre 7 caisses a permis d'améliorer la productivité pour les premières de 18% et de 15% pour les secondes[36].

[559] La mission juge donc nécessaire que la branche maladie se dote d'une stratégie nationale de mutualisation reprenant les champs des projets des caisses et l'élargissant à de nouveaux thèmes en particulier sur les processus de production.

#### 2.2.4. Une étude approfondie devrait être réalisée sur l'organisation territoriale de la production

[560] Comme la mission l'a souligné la stratégie de la CNAMTS en matière d'organisation du réseau repose sur deux principes :

- une identité entre le périmètre juridique des caisses et leur périmètre de production pour une très grande partie de leurs missions, sur la base d'une caisse primaire par département
- une mutualisation d'une partie des fonctions supports et d'une petite partie de la production à une échelle inter CPAM.

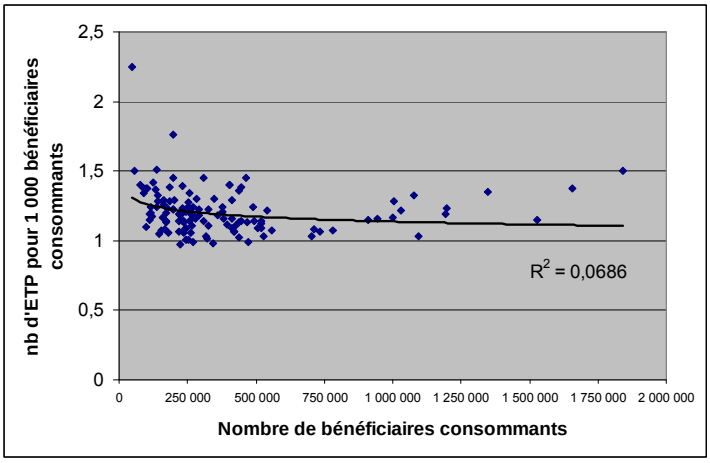
[36] Source : CNAMTS

[561] Elle suppose de disposer de deux paramètres qui sont importants pour guider la réflexion sur l'évolution du réseau en matière de production: la taille critique et la taille optimale.

[562] Le premier qui a été estimée par la caisse nationale entre 200 000 et 250 000 bénéficiaires détermine le volume minimal d'activité en deçà duquel une caisse rencontrerait des difficultés pour exercer ses missions. Par contre s'agissant de la taille optimale aucune étude n'est à ce jour disponible.

[563] On peut essayer de l'approcher de manière globale en identifiant le nombre de bénéficiaires consommants pour lequel on observe la meilleure productivité (nombre de bénéficiaires consommant par ETP présents et rémunérés au cours de l'année 2008, comprenant CDD et CDI). Compte tenu des organisations et donc des productivités actuelles, on observe que les meilleures productivités s'observe dans un intervalle de 750 000 à 1 million de bénéficiaires consommants (cf. graphique infra). Le nombre de bénéficiaires consommants étant de 48 millions en 2008, prise globalement la taille optimale serait selon cette estimation supérieure au niveau départemental.

Graphique 17 : Répartition des caisses selon le ratio ETP moyens rémunérés en 2008 (CDI + CDD) et le nombre de bénéficiaires consommants




*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

[564] Il est probable que la taille optimale varie sensiblement selon les processus, ces derniers, appelant la réalisation d'opérations plus ou moins complexes, étant très différents les uns des autres. Certains pourraient certainement être regroupés sur une base nationale tandis que d'autres le seraient plutôt sur une base interdépartementale voire régionale.

[565] En outre, la réflexion sur l'organisation de la production ne peut faire abstraction les aspects managériaux et de pilotage du réseau. Elle doit également prendre en compte la cohérence des missions des caisses primaires et les liens qui existent entre les différentes missions.

[566] Compte tenu des possibilités d'optimisation qui demeurent, la mission estime tout à fait indispensable que la CNAMTS réalise une étude approfondie sur l'évolution de son réseau, en particulier concernant les caisses primaires.

#### 2.2.5. Une simplification de la réglementation aurait un impact significatif sur la productivité

[567] La productivité tient aussi à la complexité des tâches à réaliser. Il faut d'ailleurs noter que les progrès réalisés par la branche ont été réalisés alors que la réglementation s'est sensiblement alourdie.

[568] La mission n'est pas en mesure de quantifier les possibilités de simplification et les gains qui pourraient en découler. Mais la simplification réglementaire est une voie de progrès qui peut permettre d'aller la charge de travail des personnels de l'assurance maladie.

**Recommandation n°38 : Réaliser un balayage et à chaque fois que possible une simplification, en collaboration avec les équipes de la branche, des dispositions réglementaires**

### *2.3. L'évolution des effectifs doit concourir de manière significative à l'amélioration de la productivité*

[569] Le potentiel de gains de productivité des CPAM est très important (cf. tableau suivant). En additionnant les effets possibles de la réduction des écarts et l'amélioration de la dématérialisation des feuilles de soins et des déclarations de salaires, il s'établirait à plus de 17 000 ETP. Il faudrait y ajouter ceux des autres réseaux comme les CRAM et les DRSM pour lesquels des efforts peuvent sûrement être réalisés. Par ailleurs, des progrès importants sont possibles sur les fonctions support.

Tableau 63 : Récapitulatif des gains potentiels de productivité liés à la réduction des écarts et à la dématérialisation

| | **Réduction des besoins en ETP** |
|---|---|
| Réduction des écarts de productivité par application de productivités de référence par tranche de volume d'activité (scénario de référence) | 12 000 |
| Dématérialisation des feuilles de soins - 95% - appliqué au volume estimé de décomptes en 2013 | 3 800 |
| Dématérialisation des déclarations de salaires des IJ - 50% | 1 500 |
| Total | 17 300 |

*Source : Mission*

[570] Les scénarios et objectifs retenus sont ambitieux et ne peuvent être envisagées qu'à moyen ou long terme. Compte tenu de l'évolution de la productivité observée jusque là ils ne peuvent s'envisager que sur une période de deux ou trois COG. En effet, entre 2005 et 2008 alors que l'activité augmentait de 0,66% par an la productivité s'améliorait de 2,33% annuellement (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 64 : Evolution de la productivité sur la période 2005-2008

| | **Bénéficiaires consommants - France entière** | **Nb de bénéficiaires consommants/ETP** | **ETP annuels rémunérés CDI + CDD** |
|---|---|---|---|
| 2005 | 49 213 161 | 590,11 | 83 397 |
| 2008 | 50 509 051 | 645,18 | 78 287 |
| Evolution annuelle | 323 973 | 13,77 | |
| en % | 0,66% | 2,33% | |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

[571] Si on prend une hypothèse de maintien de ces deux rythmes de progression, à échéance de la fin de la prochaine COG la réduction des besoins en ETP seraient d'environ 5 000 (cf. tableau ci-dessous). Ces chiffres s'entendent hors transferts de personnels vers les ARS.

Tableau 65 : Estimation des besoins en ETP pour la COG à venir sur la base d'une activité et d'une productivité augmentant sur les rythmes observés sur la période 2005-2008

| | Bénéficiaires consommants - France entière | Nb de bénéficiaires consommants/ETP | ETP annuels rémunérés CDI + CDD | Evolution en ETP |
|---|---|---|---|---|
| 2009 | 50 842 411 | 660,21 | 77 009 | |
| 2010 | 51 177 971 | 675,60 | 75 752 | -1 257 |
| 2011 | 51 515 745 | 691,34 | 74 516 | -1 236 |
| 2012 | 51 855 749 | 707,45 | 73 300 | -1 216 |
| 2013 | 52 197 997 | 723,93 | 72 104 | -1 196 |
| | Total | | | -4 905 |

*Source : mission*

[572] Sauf à envisager une réforme beaucoup plus profonde et rapide, le principal levier à disposition de la branche maladie est celui des départs à la retraite. Malheureusement les perspectives de départs à la retraite ne sont pas connues par la caisse nationale. Aucun travail de collation n'est fait pour avoir une vision consolidée des départs à venir dans la branche. Sur les dernières années (2006-2008) les départs s'établissement à approximativement 3 000 par an, dont un tiers au titre des carrières longues.

Tableau 66 : Départs à la retraite branche maladie sur la période 2006-2008

| | Départs à la retraite | | |
|---|---|---|---|
| | Classique | Carrières longues | Total |
| 2006 | 1 885 | 1 024 | 2 909 |
| 2007 | 2 197 | 1 050 | 3 247 |
| 2008 | 2 195 | 906 | 3 101 |

*Source : CNAMTS*

[573] Sauf à ce que la pyramide des âges de la branche s'écarte sensiblement de la démographique générale, on peut retenir les évolutions de cette dernière. Or les perspectives générales montrent que les générations suivants celles de 1949 sont aussi nombreuses voire plus nombreuses pour certaines d'entre-elles. Si les départs dits « Fillon » devraient se réduire à terme, le volume des départs classiques devrait rester au moins au niveau de celui constaté entre 2006 et 2009.

[574] Aussi la branche maladie est en mesure de réaliser au moins le même effort que celui qu'elle vient de produire durant l'actuelle convention d'objectif et de gestion.

## COMPLEMENTS

[575] La cartographie des processus ayant changé en 2006, les séries historiques sont réduites aux années 2006, 2007, et 2008. Par contre, il est possible de comparer les taux de dispersion entre 2004 et 2008, chaque exercice pris indépendamment étant cohérent pour l'ensemble des caisses.

# Annexe 2.1 : Analyse du processus droits de base et optionnel

[576] Le processus droits de base et optionnel comprend :

- Ensemble des activités liées à la prise en compte des flux entrants (courrier).
- Ensemble des opérations liées à l'immatriculation et l'affiliation (créations, modifications, annulations),
- Ouverture et évolution des droits,
- Mises à jour de la BDO (données administratives et médico administratives),
- Opérations liées à la gestion des cartes SESAM VITALE (délivrance, renouvellement des cartes, mises à jour, traitement des déclarations de perte, de vol, des incidents, des destructions, alimentation SGCAM, traitement des flux quotidiens, des litiges INSEE/SANDIA …),
- Tous contrôles réalisés dans le cadre du contrôle interne (y compris contrôle du délégataire de l'agent comptable).
- Ensemble des opérations d'archivage**.**
- Gestion des réclamations par le personnel spécialisé (Back -Office).
- Traitement et vidéocodage des formulaires Médecins Traitants.

## 1. DONNEES GENERALES

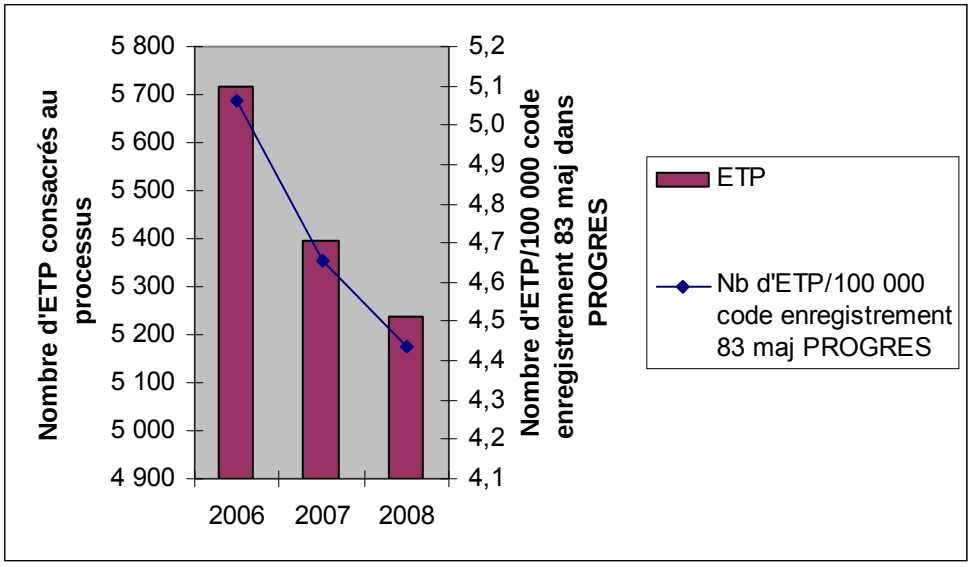
Tableau 67 : Statistiques descriptives sur la productivité du processus droit de base et optionnels dans les caisses, en 2008

| | **Nb d'ETP affectés au processus/100 000 codes enregistrements 83 maj dans PROGRES** |
|---|---|
| **Moyenne** | 4,36 |
| **Médiane** | 4,26 |
| **Écart-type** | 1,13 |
| **Plage** | 7,75 |
| **Minimum** | 2,17 |
| **Maximum** | 9,92 |
| **Taux de dispersion (rapport écart-type/moyenne)** | 25,8% |

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[577] La dispersion des résultats de productivité est assez importante.

Graphique 18 : Evolution de la productivité nationale sur le processus droits de base et optionnel



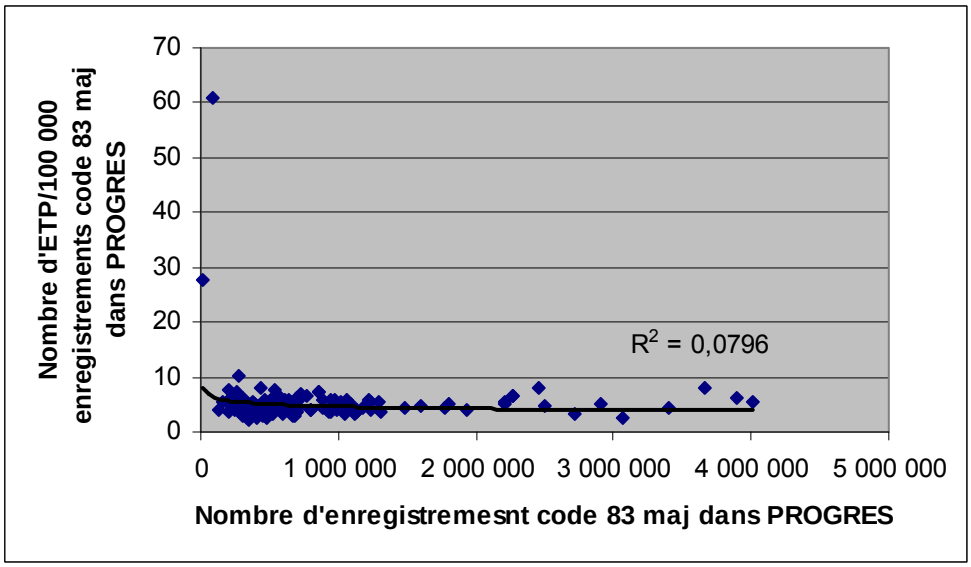

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

## 2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2004 ET 2008

[578] Ni l'année 2004, ni celle de 2008 ne permettent de trouver une relation entre la productivité et le volume d'activité. Dans les deux cas les coefficients $R^2$ sont très faibles et n'évoluent pas de manière significative entre 2004 et 2008.

### *2.1. Pour l'ensemble des caisses*

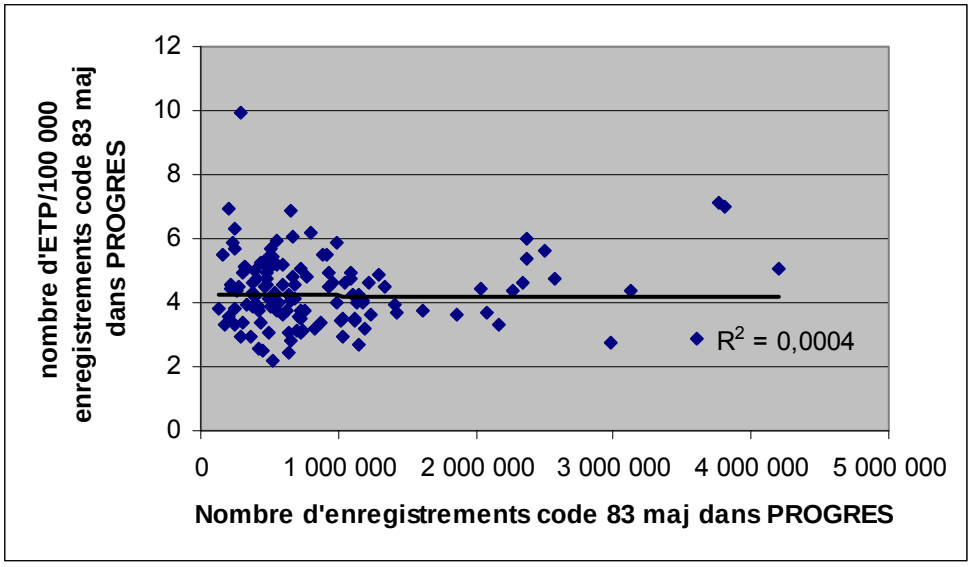
Graphique 19 : Dispersion des caisses en 2004, sans retraitement




*Source : CNAMTS, comptabilité analytiques, calculs faits par la mission*

[579] L'existence de deux atypies écrase le schéma et ne permet pas de rendre compte de la situation.

Graphique 20 : Dispersion des caisses en 2008, sans retraitement



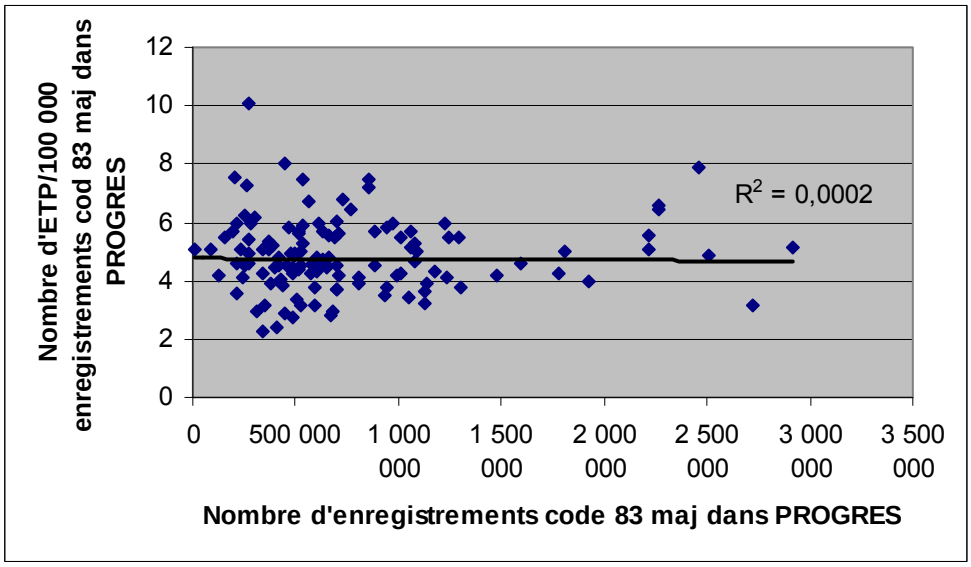

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[580] En 2008, les atypies sont moins fortes et la dispersion des productivités apparaît nettement. Il n'y a pas non plus de relation forte et établie entre le volume d'activité et la productivité (coefficient R² très faible).

### *2.2. Avec un retraitement simplifié*

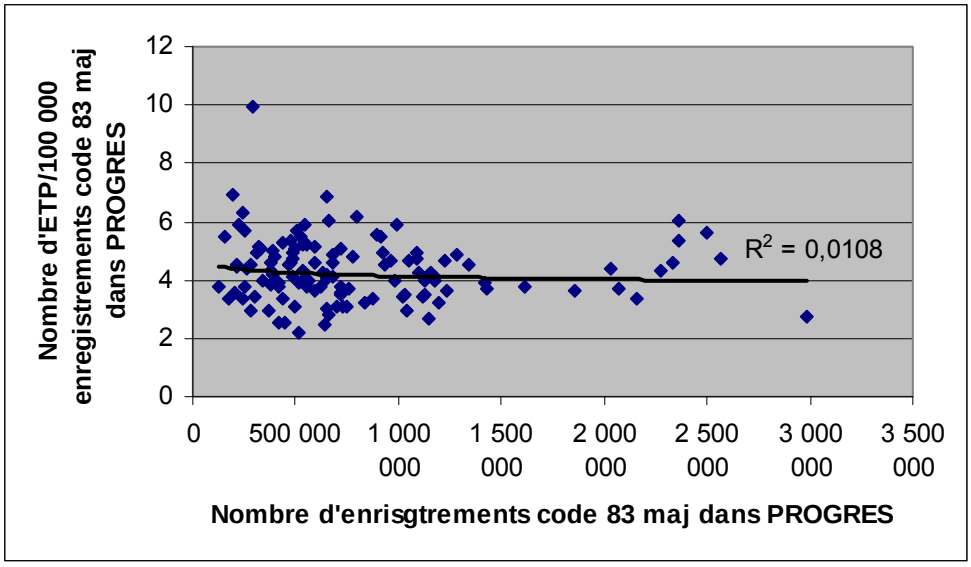
[581] Pour faciliter la lecture des nuages de points un retraitement simplifié a été réalisé. Les cinq plus grosses caisses ne figurent pas dans les deux graphiques suivants. En 2004, pour les mêmes raisons, deux atypies ont artificiellement corrigées et les caisses concernées placées au niveau de la moyenne.

Graphique 21 : Dispersion des caisses en 2004, avec retraitement




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

Graphique 22 : Dispersion des caisses en 2008, avec retraitement




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

# Annexe 2.2 : Analyse du processus CMU

[582] Le processus CMU comprend :

- Ensemble des activités liées à la prise en compte des flux entrants.
- Ensemble des opérations liées à l'instruction des demandes de CMU de base ou complémentaire (demandes d'informations, accords, refus…),
- Prorogation des droits,
- Saisie des informations sur le logiciel Base Ressources.
- Tous contrôles réalisés dans le cadre du contrôle interne.
- Ensemble des opérations d'archivage**.**
- Gestion des réclamations par le personnel spécialisé (Back-Office).

[583] La liquidation des prestations CMU relève de la Gestion des prestations en nature.

## 1. DONNEES GENERALES

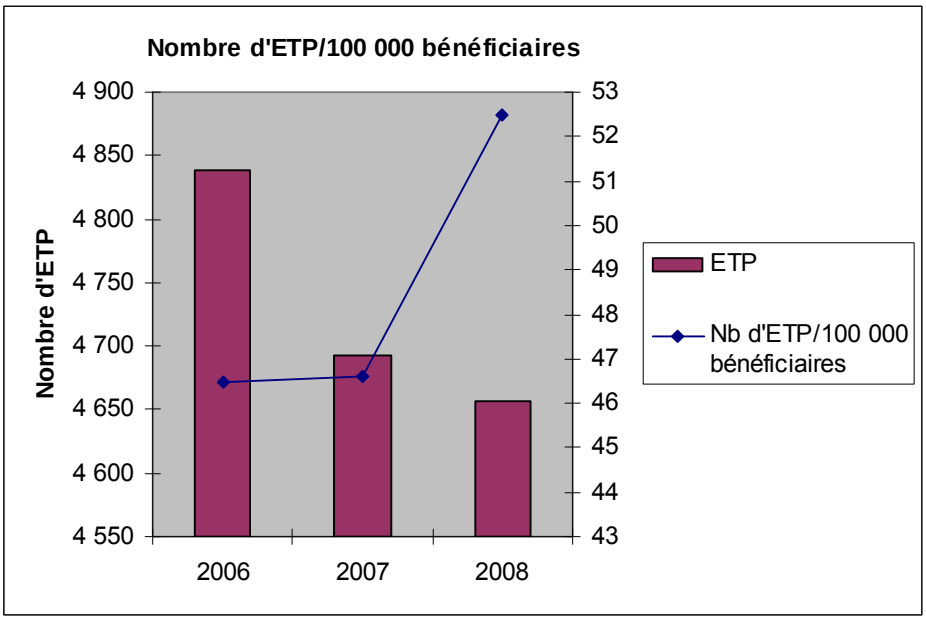
Tableau 68 : Statistiques descriptives sur la productivité du processus CMU, en 2004 et 2008

| | **Nb d'ETP affectés au processus/100 000 bénéficiaires CMU** | |
|---|---|---|
| | **2004** | **2008** |
| **Moyenne** | 36,67 | 31,99 |
| **Médiane** | 35,58 | 30,51 |
| **Écart-type** | 14,27 | 11,40 |
| **Plage** | 68,32 | 65,96 |
| **Minimum** | 7,28 | 13,81 |
| **Maximum** | 75,60 | 79,76 |
| **Taux de dispersion (rapport Ecart-type/moyenne)** | 38,9% | 35,6% |

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission.*

[584] On pourra noter une légère réduction de la dispersion et donc des écarts de productivité, qui reste néanmoins à un niveau élevé.

Graphique 23 : Evolution de la productivité du processus CMU



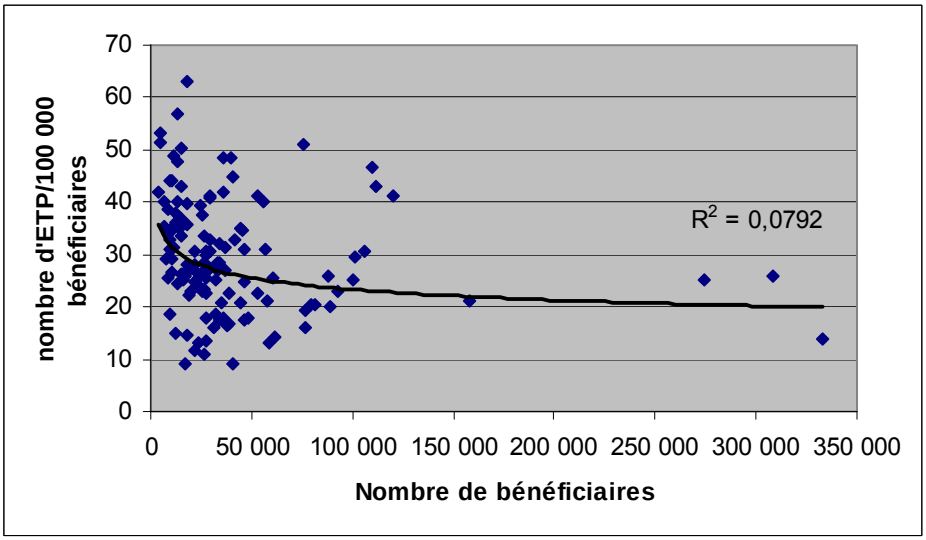

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[585] Alors que le nombre d'ETP consacrés au processus se réduit sensible et régulièrement depuis 2004, les années 2007 et 2008 sont marquées par une stabilisation de la productivité (nombre d'ETP/100 000 bénéficiaires) qui s'explique par une décrue de l'unité d'œuvre concernée.

## 2. ANALYSE DE LA RELATION ENTRE VOLUME D'ACTIVITE ET PRODUCTIVITE ENTRE 2004 ET 2008

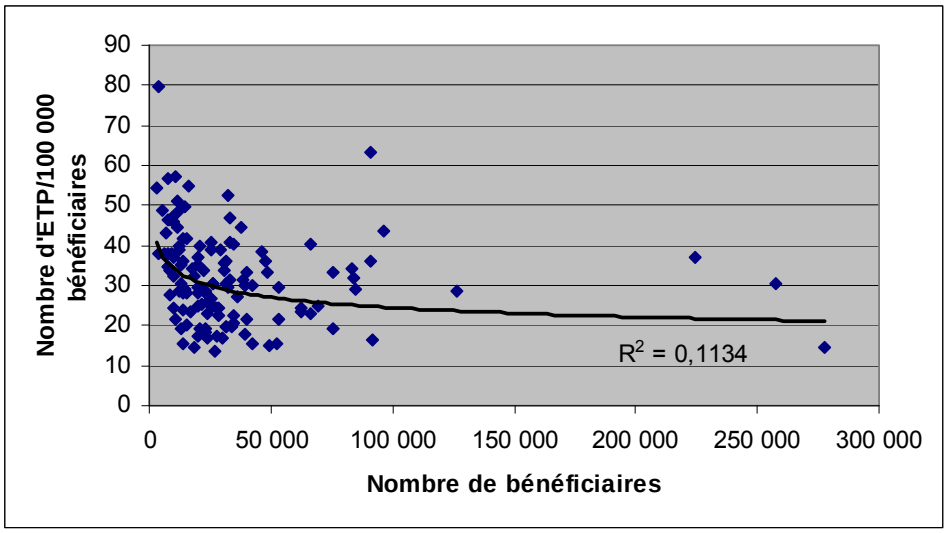
### *2.1. Pour l'ensemble des caisses*

Graphique 24 : Dispersion des caisses en 2006, sans retraitement




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

Graphique 25 : Dispersion des caisses en 2008, sans retraitement




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

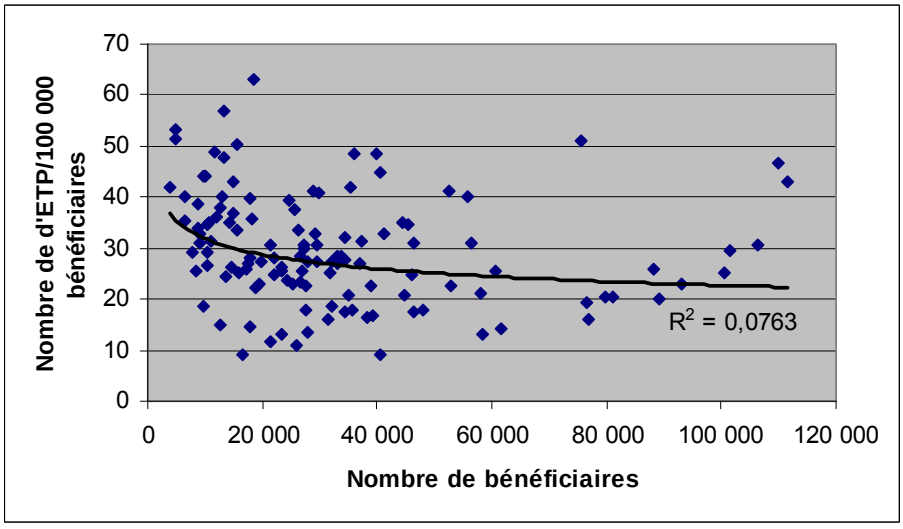
[586] Entre 2004 et 2008 on peut observer un regroupement des productivités autour d'un nombre d'EPT pour 100 000 bénéficiaires si situant schématiquement entre 50 et 15. L'existence de trois situations atypiques ne permet pas d'appréhender visuellement correctement la dispersion qui reste importante.

[587] Il n'est pas possible de trouver une relation solide entre productivité et volume d'activité. On peut néanmoins observer que les caisses ayant l'activité la plus forte ont une productivité plutôt bonne. Par ailleurs on notera que la relation entre volume d'activité et productivité est plus forte en 2008 qu'en 2004.

### *2.2. Avec un retraitement simplifié*

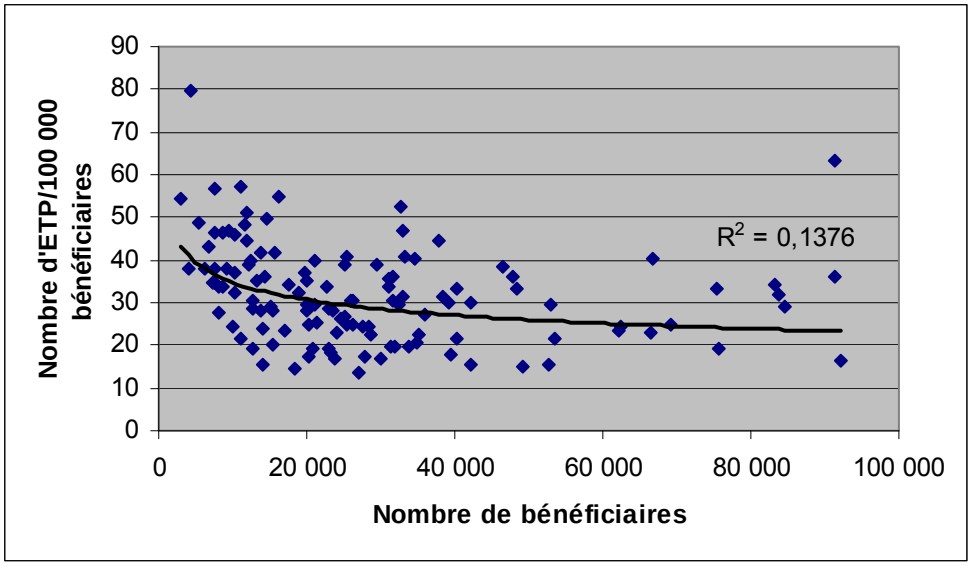
[588] Le retraitement a consisté à ne pas faire figurer les 5 caisses ayant l'activité la plus importante sur ce processus pour rendre la lecture du graphe plus facile.

Graphique 26 : Dispersion des caisses en 2006, avec retraitement




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

Graphique 27 : Dispersion des caisses en 2008, avec retraitement




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[589] Avec un retraitement simplifié, le regroupement est confirmé mais la dispersion reste importante. Certaines situations restent atypiques avec un volume d'activité important et une faible productivité ou au contraire un faible volume d'activité et une très bonne productivité.

[590] Comme pour les autres processus, il n'est pas possible d'établir une relation forte entre volume d'activité et productivité.

# Annexe 2.3 : Analyse du processus FSP manuel

[591] Le processus FSP manuel comprend :

- Ensemble des activités liées à la prise en compte des flux entrants.
- Ensemble des opérations liées au remboursement réalisé dans le cadre d'une saisie manuelle (saisie des prestations initiales ou de régularisations, ordonnancement global explicite, traitement des rejets, signalements et recyclage …),
- Opérations de transfert de charges (transfert des lots vers le CTI).
- Tous contrôles réalisés dans le cadre du contrôle interne.
- Ensemble des opérations d'archivage**.**
- Gestion des réclamations par le personnel spécialisé (Back –Office).

## 1. DONNEES GENERALES

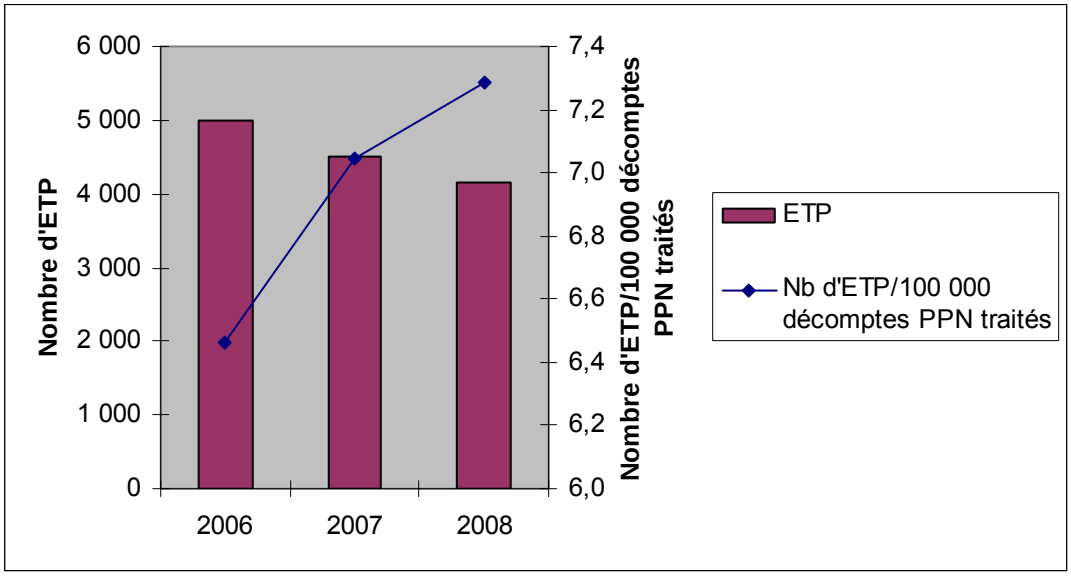
Tableau 69 : Statistiques descriptives sur la productivité du processus FSP manuel, en 2004 et 2008

| | **Nb d'ETP affectés au processus/100 000 décomptes PPN traités** | |
|---|---|---|
| | **2004** | **2008** |
| **Moyenne** | 6,44 | 7,13 |
| **Médiane** | 6,26 | 7,03 |
| **Écart-type** | 2,16 | 2,12 |
| **Plage** | 10,13 | 13,65 |
| **Minimum** | 2,42 | 2,84 |
| **Maximum** | 12,55 | 16,48 |
| **Taux de dispersion (rapport écart-type/moyenne)** | 33,6% | 29,7% |

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[592] On relèvera que la dispersion est importante, mais s'est réduite légèrement de 33,6% en 2004 à 29,7% en 2008.

Graphique 28 : Evolution de la productivité du processus FSP manuel



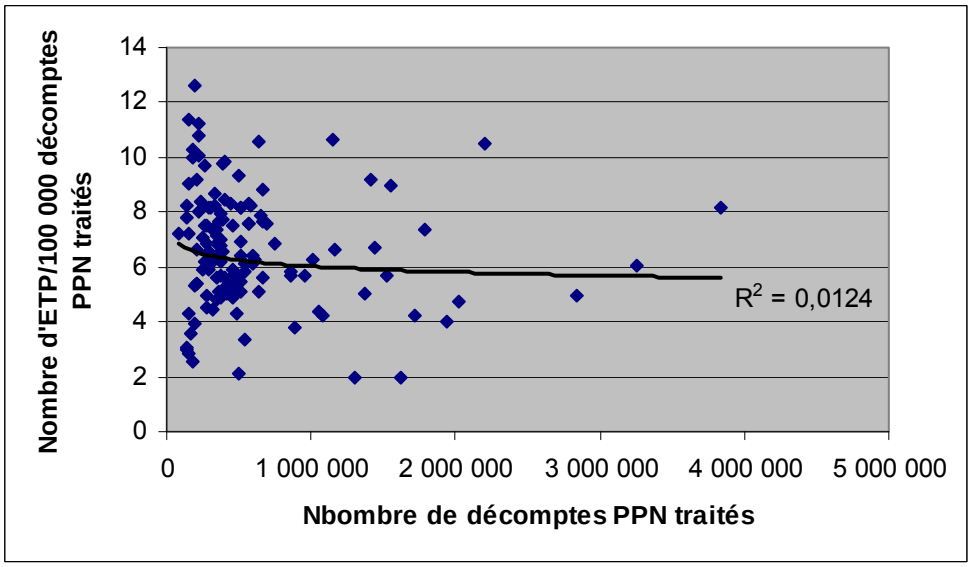

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[593] L'évolution de la productivité sur le processus de traitement des feuilles de soins papiers fait apparaître une baisse des effectifs consacrés au processus mais une nette dégradation de la productivité. Cette dégradation s'explique par une baisse très forte du nombre de feuilles de soins papier et de décomptes à traiter.

## 2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2006 ET 2008

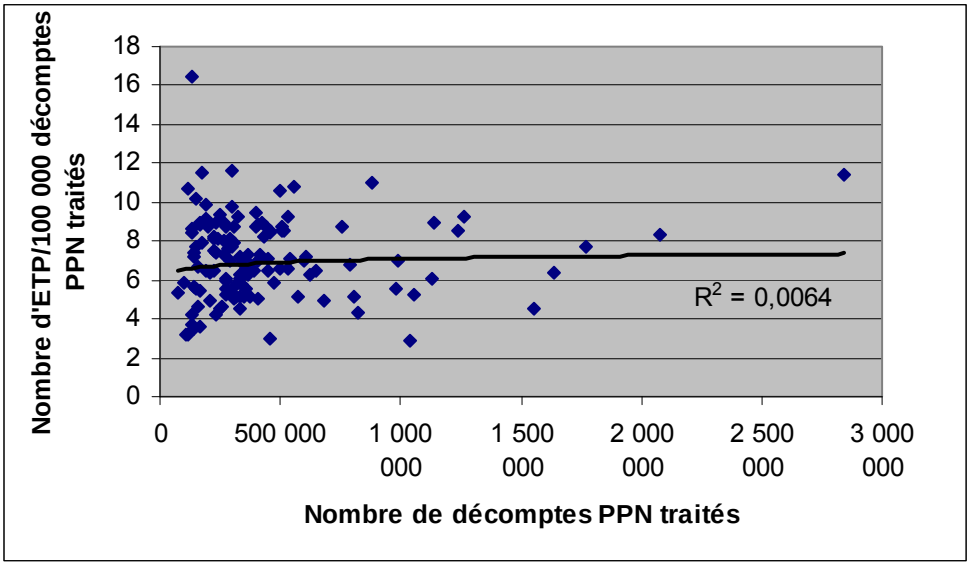
### *2.1. Pour l'ensemble des caisses*

Graphique 29 : Dispersion des caisses en 2006, sans retraitement




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

Graphique 30 : Dispersion des caisses en 2008, sans retraitement



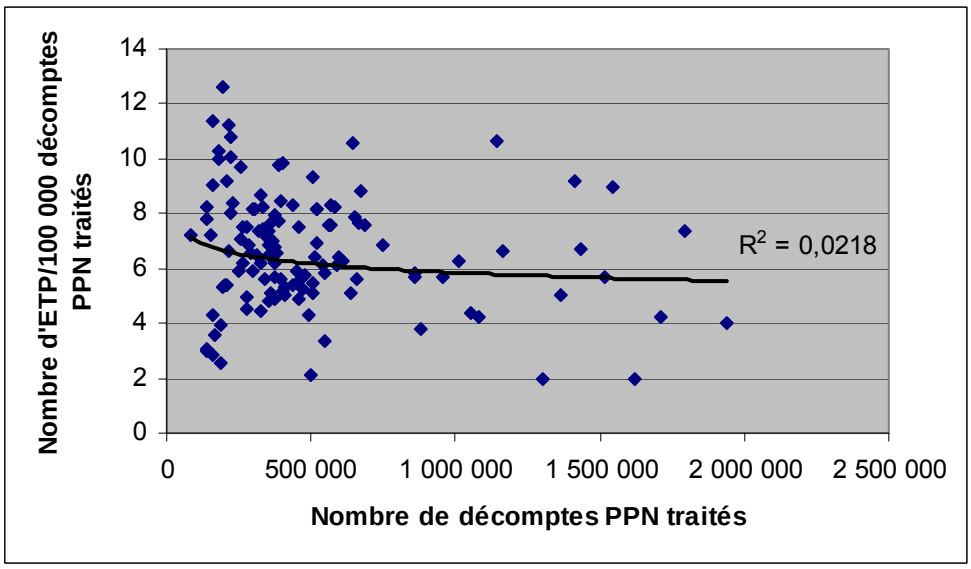

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[594] On observe une dispersion importante pour partie masquée sur le graphe par le positionnement des plus grosses caisses. Il y a une réduction de l'amplitude des productivités entre 2006 et 2008, mais la dispersion reste importante. Il n'y a pas de relation forte entre volume d'activité et productivité.

### *2.2. Avec retraitement simplifié*

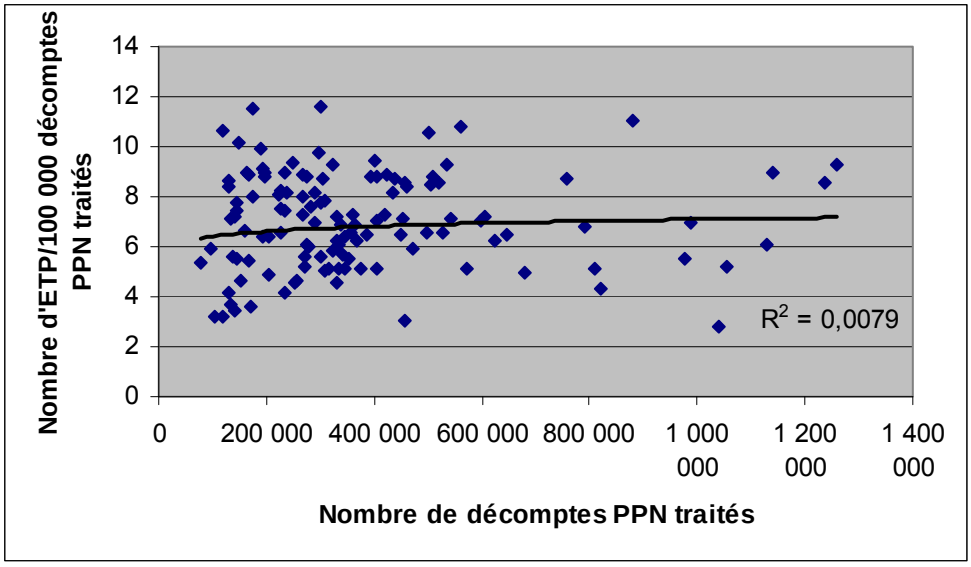
[595] Le retraitement simplifié a consisté à ne pas représenter des 5 caisses connaissant la plus grosse activité sur ce processus. Par ailleurs un résultat atypique (une productivité très mauvaise mais très isolée par rapport au reste des caisses) a été corrigé et placée artificiellement à la moyenne pour les besoins de l'analyse.

Graphique 31 : Dispersion des caisses en 2006, avec retraitement




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

Graphique 32 : Dispersion des caisses en 2008, avec retraitement




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[596] Le retraitement simplifié permet de faire ressortir la dispersion des productivités et l'absence de corrélation entre volume d'activité et productivité. Par contre à la différence de certains processus il est difficile d'observer une réduction de la dispersion.

# Annexe 2.4 : Analyse du processus FSE + B2

[597] Le processus FSE, B2 comprend :

- Ensemble des opérations liées au remboursement des FSE (ordonnancement global explicite des lots FSE, vérifications, traitement des signalements, rejets, recyclages …).
- Tous contrôles réalisés dans le cadre du contrôle interne.
- Ensemble des activités liées à la prise en compte des flux entrants.
- Ensemble des opérations liées au remboursement des flux externes hors FSE (rapprochement des pièces justificatives, ordonnancement global explicite des lots B 2, traitement des signalements, rejets, recyclages …).
- Ensemble des opérations d'archivage des pièces concernées.
- Gestion des réclamations par le personnel spécialisé (Back –Office).

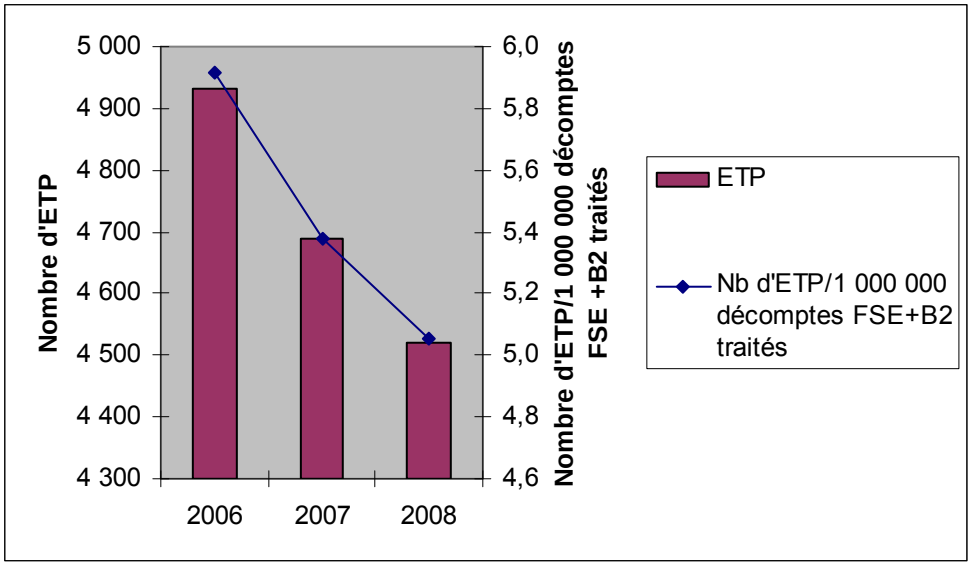
## 1. DONNEES GENERALES

Tableau 70 : Statistiques descriptives sur la productivité du processus FSE + B2, en 2004 et 2008

| | **Nb d'ETP affectés au processus/1 000 000 décomptes FSE + B2 traités** | |
|---|---|---|
| | **2004** | **2008** |
| **Moyenne** | 7,16 | 5,21 |
| **Médiane** | 6,91 | 4,99 |
| **Écart-type** | 2,16 | 1,26 |
| **Plage** | 16,99 | 8,46 |
| **Minimum** | 2,75 | 2,38 |
| **Maximum** | 19,74 | 10,84 |
| **Taux de dispersion (rapport écart-type/moyenne)** | 30,2% | 24,2% |

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

Graphique 33 : Evolution de la productivité du processus FSE + B2



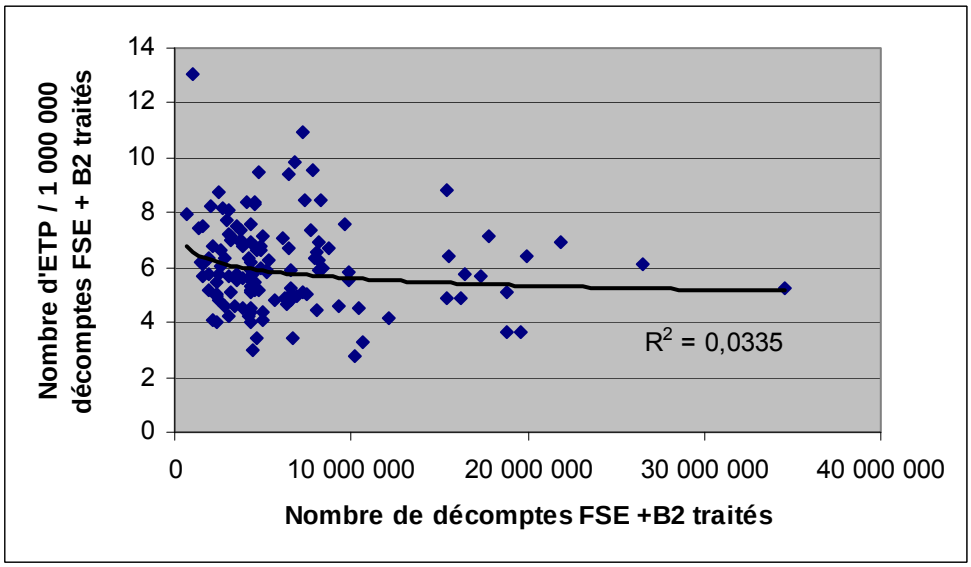

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[598] On peut observer une décrue régulière du nombre d'ETP qui suit assez fidèlement celle de l'activité, avec une productivité qui s'améliore selon le même rythme.

## 2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2004 ET 2008

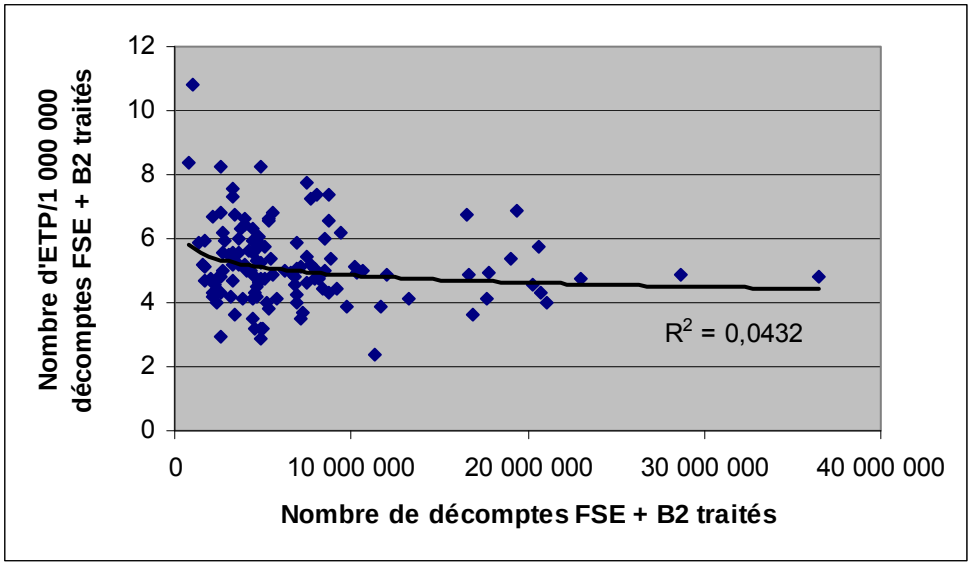
### *2.1. Pour l'ensemble des caisses*

Graphique 34 : Dispersion des caisses en 2006, sans retraitement




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

Graphique 35 : Dispersion des caisses en 2008, sans retraitement



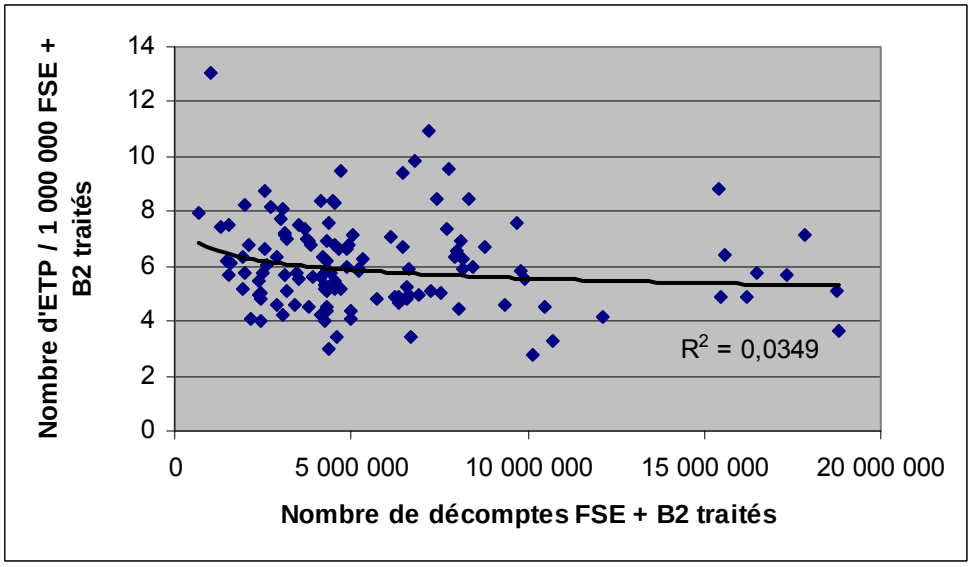

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[599] On peut observer une réduction de la dispersion des caisses avec un effet de « rattrapage » concernant les caisses à faible activité et dont les productivités étaient très mauvaises. La dispersion reste cependant forte.

[600] La relation entre volume d'activité et productivité est quasi inexistante et ne connaît pas d'évolution significative.

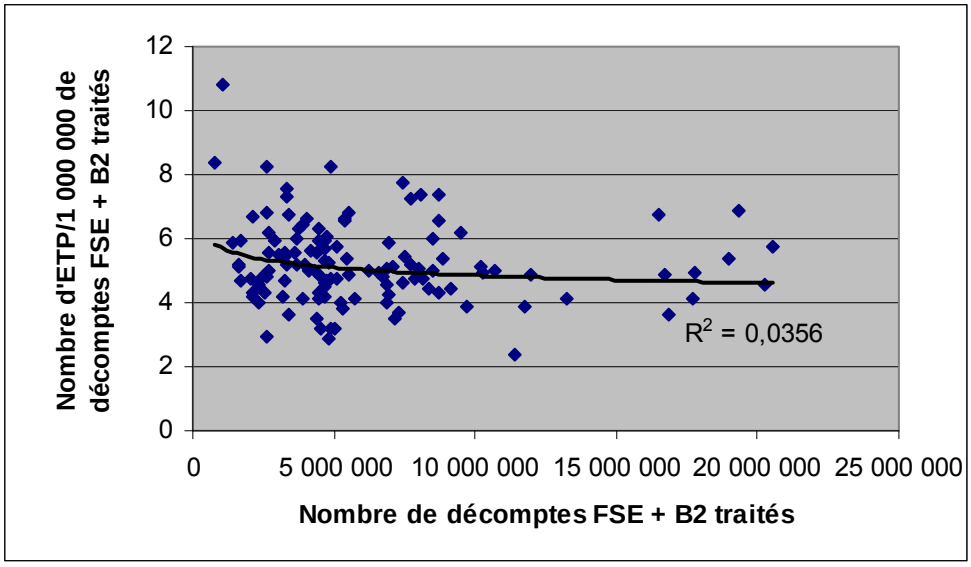
### *2.2. Avec un retraitement simplifié*

Graphique 36 : Dispersion des caisses en 2006, avec retraitement simplifié




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

Graphique 37 : Dispersion des caisses en 2008, avec retraitement




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[601] L'analyse des données retraitées confirment l'existence d'une dispersion forte et l'absence de relation volume d'activité/productivité.

# Annexe 2.5 : Analyse du processus FSP SCAN

[602] Le processus FSP SCAN comprend :

- Ensemble des activités liées à la prise en compte des flux entrants.
- Ensemble des opérations liées au remboursement réalisé dans le cadre de la scannérisation (lecture, vidéo-codage, forçage, ordonnancement global explicite, traitement des rejets, signalements, recyclages …).
- Opération de transfert de charges (transfert des lots vers le CTI).
- Tous contrôles réalisés dans le cadre du contrôle interne.
- Ensemble des opérations d'archivage**.**
- Gestion des réclamations par le personnel spécialisé (Back –Office).

## 1. DONNEES GENERALES

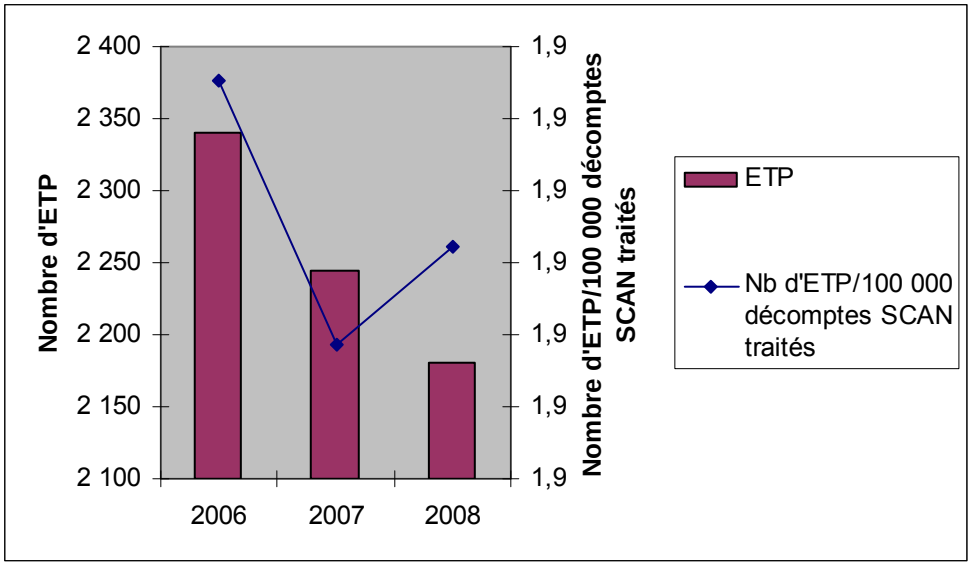
Tableau 71 : Statistiques descriptives sur la productivité du processus FSP SCAN, en 2004 et 2008

| | **Nb d'ETP affectés au processus/100 000 décomptes SCAN traités** | |
|---|---|---|
| | **2004** | **2008** |
| **Moyenne** | 1,90 | 2,09 |
| **Médiane** | 1,77 | 1,96 |
| **Écart-type** | 0,77 | 0,96 |
| **Plage** | 4,66 | 6,43 |
| **Minimum** | 0,00 | 0,20 |
| **Maximum** | 4,66 | 6,63 |
| **Taux de dispersion (Rapport écart-type/moyenne)** | 40,7% | 46,1% |

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[603] On notera une dispersion importante et qui se dégrade entre 2004 et 2008.

Graphique 38 : Evolution de la productivité sur le processus FSP SCAN




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

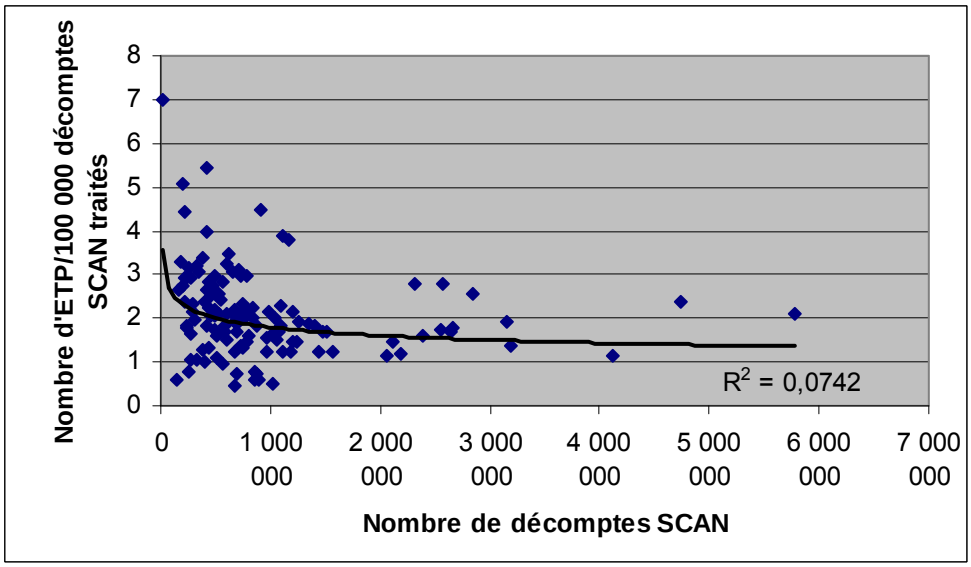
[604] Après une augmentation des effectifs consacrés au traitement des FSP par scanner qui est probablement la conséquence de la mise en place de solutions informatique de numérisation des documents, on observe une décrue des effectifs mais une dégradation de la productivité, du fait d'un rythme de baisse plus important du nombre de décomptes traités.

[605] Cette dégradation de la productivité montre également que toutes les conséquences de la dématérialisation n'ont pas encore été traduites dans les organisations. La baisse du nombre de décomptes traités dans ce processus est la conséquence des progrès de la dématérialisation.

## 2. ANALYSE DE LA RELATTION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2004 ET 2008

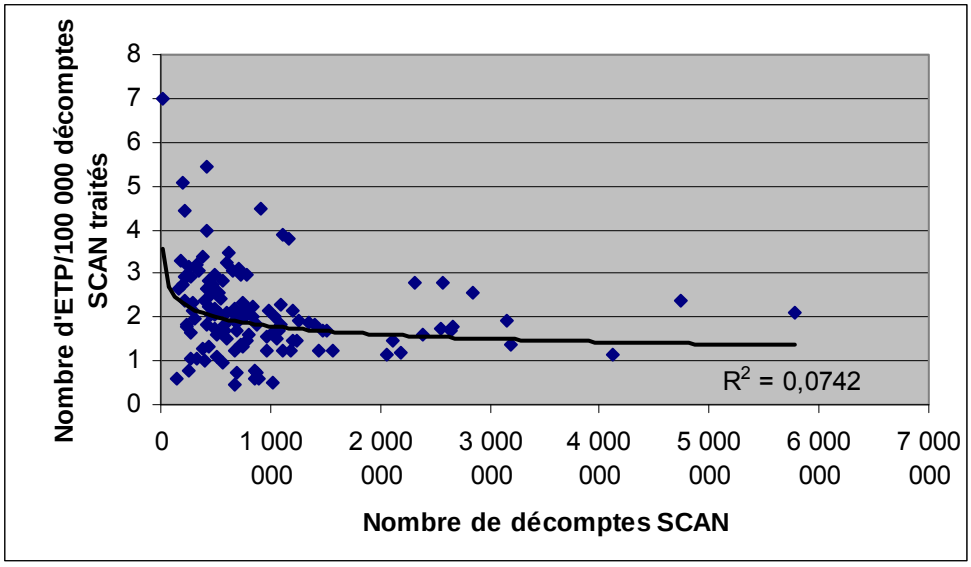
### *2.1. Pour toutes les caisses*

Graphique 39 : Dispersion des caisses en 2006, sans retraitement




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

Graphique 40 : Dispersion des caisses en 2008, sans retraitement



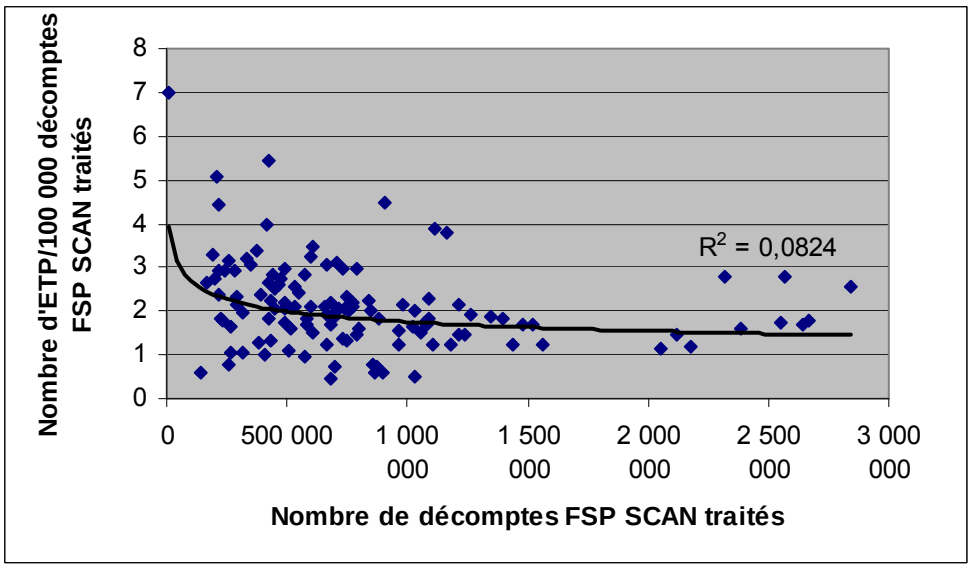

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[606] On n'observe pas d'évolution significative quant à la dispersion des productivités qui reste forte. On notera même la dégradation de l'amplitude des écarts, conséquence de la décrue de la productivité globale. Il n'y a pas de relation entre la productivité et le volume d'activité.

### *2.2. Avec un retraitement simplifié*

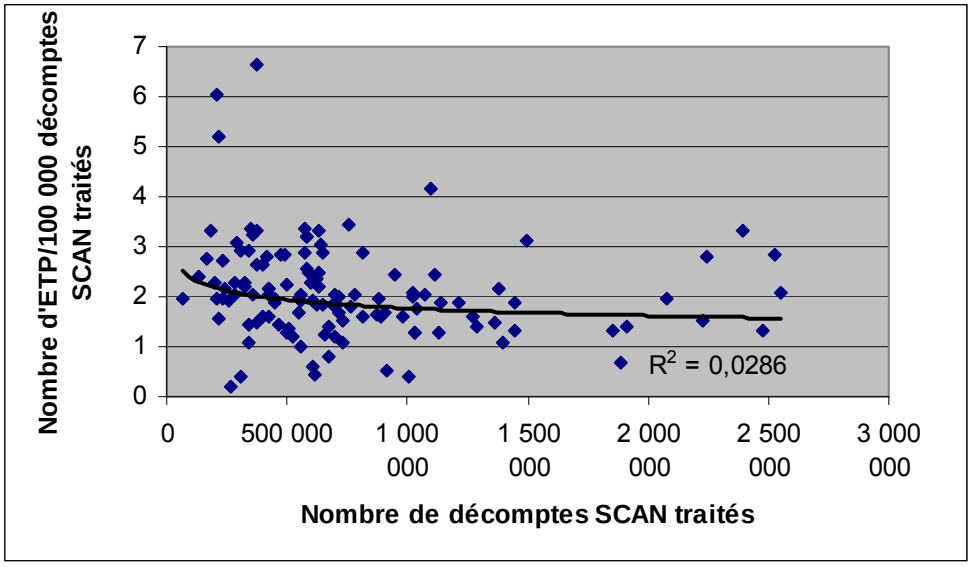
[607] Le retraitement a consisté à exclure les 5 caisses ayant le plus gros volume d'activité pour mieux rendre compte de la dispersion. En 2008, deux résultats atypiques ont été redressés et placés artificiellement à la moyenne des caisses.

Graphique 41 : Dispersion des caisses en 2006, avec retraitement simplifié




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

Graphique 42 : Dispersion des caisses en 2008, avec retraitement simplifié




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs fais par la mission*

# Annexe 2.6 : Analyse du processus IJ maladie, maternité, paternité

Le processus IJ maternité, paternité, maladie comprend :

- Ensemble des activités liées à la prise en compte des flux entrants.
- Ensemble des opérations liées à l'instruction des dossiers (ouverture des droits, demandes d'informations, notifications de refus …).
- Saisie des éléments de salaire
- Gestion de l'échéancier,
- Tous contrôles réalisés dans le cadre du contrôle interne.
- Ensemble des opérations d'archivage**.**
- Gestion des réclamations par le personnel spécialisé (Back –Office).

## 1. DONNEES GENERALES

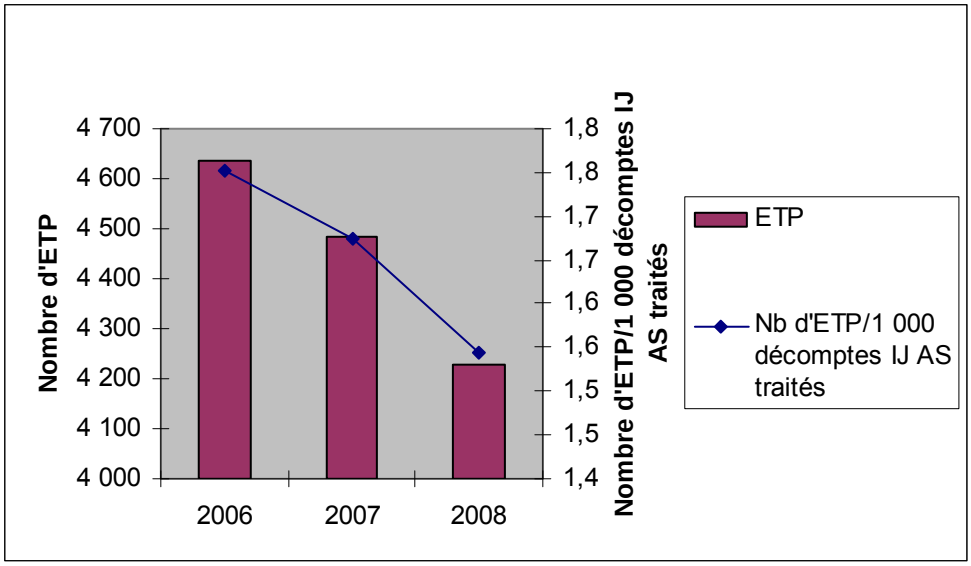
Tableau 72 : Statistiques descriptives sur la productivité du processus IJ AS en 2004 et 2008

| | **Nb d'ETP affectés au processus/10 000 décomptes IJ et AS traités** | |
|---|---|---|
| | **2004** | **2008** |
| **Moyenne** | 1,83 | 1,50 |
| **Médiane** | 1,78 | 1,45 |
| **Écart-type** | 0,49 | 0,39 |
| **Plage** | 2,94 | 2,34 |
| **Minimum** | 0,96 | 0,42 |
| **Maximum** | 3,90 | 2,76 |
| **Taux de dispersion (rapport écart-type/moyenne)** | 27,0% | 25,9% |

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[608] Bien que la dispersion reste assez importante, on peut noter une légère réduction entre 2004 et 2008, le taux passante de 27% à 25,9%

Graphique 43 : Evolution de la productivité sur le processus IJ/AS



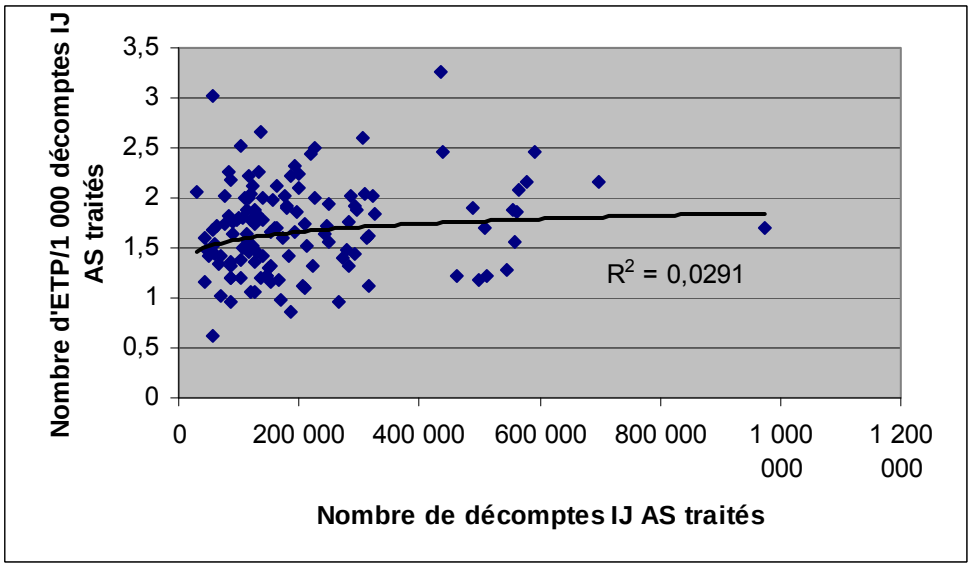

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[609] On peut observer une amélioration régulière de la productivité qui s'explique par une faible décroissance puis une légère augmentation de l'activité et dans le même temps une baisse, modérée mais régulière des effectifs.

## 2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2006 ET 2008

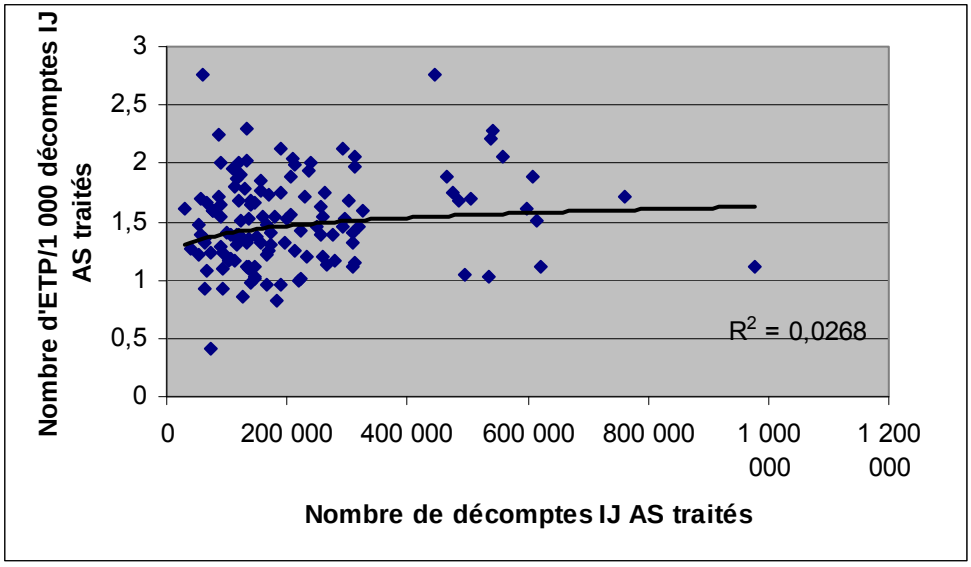
### *2.1. Pour l'ensemble des caisses*

Graphique 44 : Dispersion des caisses en 2006, sans retraitement




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

Graphique 45 : Dispersion des caisses en 2008, avec retraitement



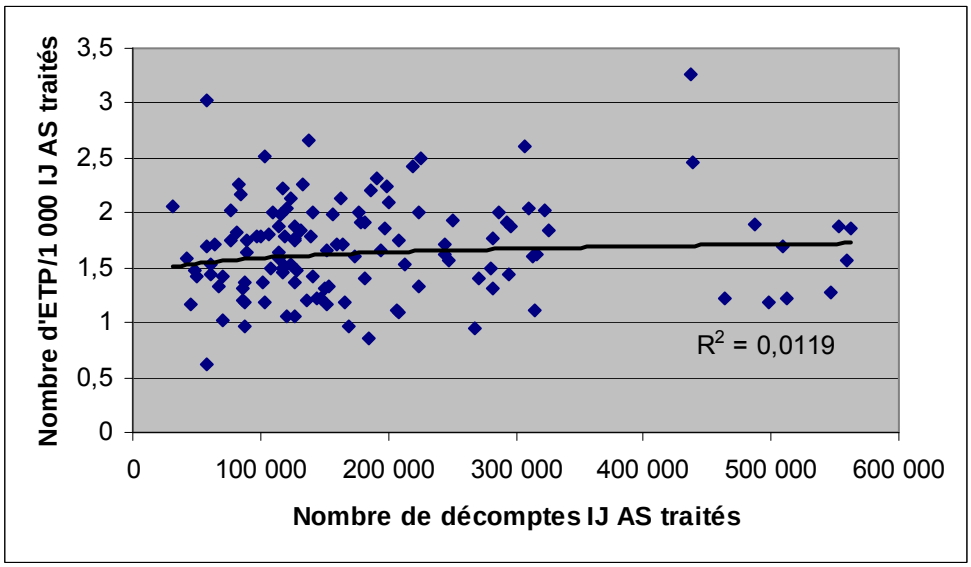

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[610] On n'observe pas d'évolution significative entre 2006 et 2008.

### *2.2. Avec un retraitement simplifié*

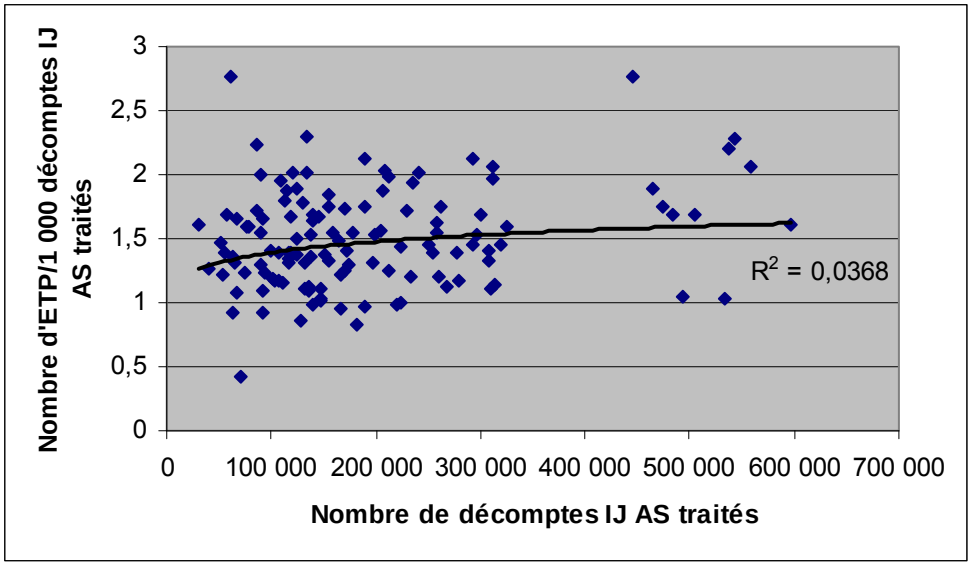
[611] Pour faciliter la lecture les 5 caisses ayant le plus gros volume d'activité n'ont pas été représentées sur les deux graphes suivants.

Graphique 46 : Dispersion des caisses en 2006, avec retraitement simplifié




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

Graphique 47 : Dispersion des caisses en 2008, avec retraitement simplifié




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[612] Le retraitement n'apporte rien de particulier quant à la dispersion et à la relation productivité/volume d'activité. On notera cependant qu'entre 2006 et 2008 le groupe des caisses ayant une activité importante mais une productivité faible s'est élargi.

# Annexe 2.7 : Analyse de plusieurs processus support

[613] Cet appendice regroupe les processus suivis dans la comptabilité analytique suivants :

- gestion du personnel,
- emploi,
- relations sociales,
- pilotage stratégique,
- optimisation des organisations.

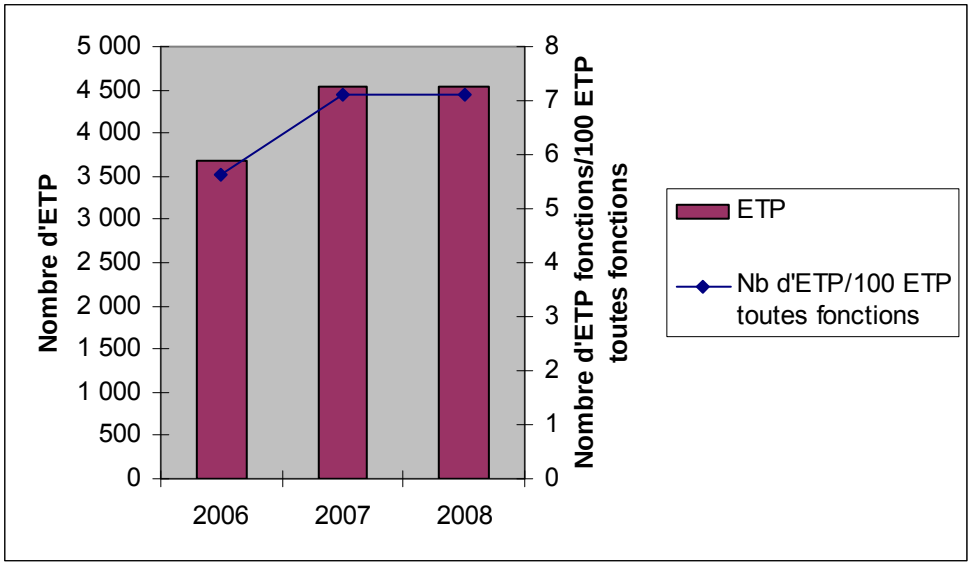
## 1. DONNEES GENERALES

Tableau 73 : Statistiques descriptives sur la productivité du processus support, en 2004 et 2008

| | **Nb d'ETP affectés au processus/100 ETP toutes fonctions** | |
|---|---|---|
| | **2004** | **2008** |
| **Moyenne** | 7,03 | 7,14 |
| **Médiane** | 6,80 | 6,91 |
| **Écart-type** | 1,84 | 1,81 |
| **Plage** | 11,05 | 12,22 |
| **Minimum** | 2,77 | 3,71 |
| **Maximum** | 13,82 | 15,93 |
| **Taux de dispersion (rapport écart-type/moyenne)** | 26,1% | 25,3% |

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

Graphique 48 : Evolution de la productivité du processus support



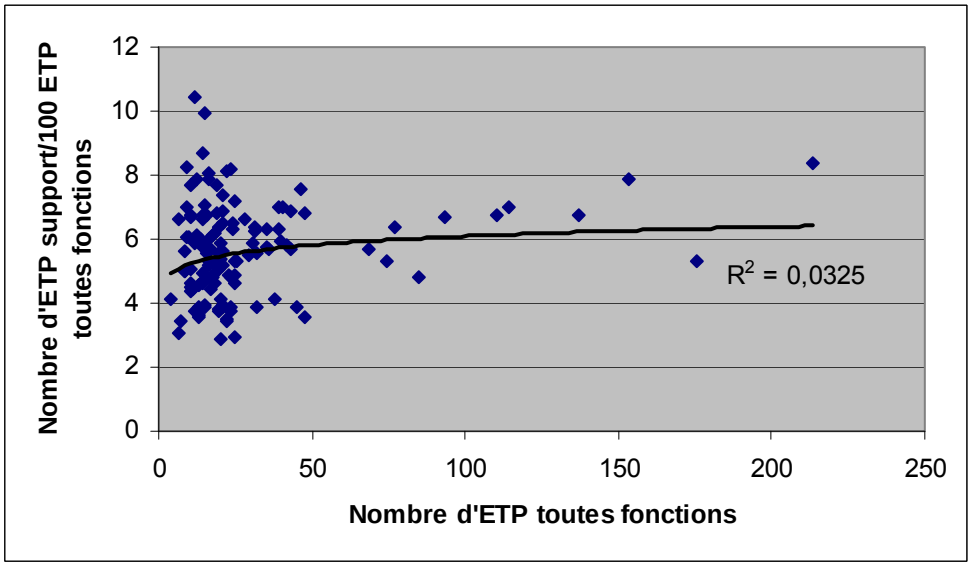

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[614] Contrairement à la plupart des processus, on peut observer s'agissant des fonctions support une dégradation de la productivité entre 2006 et 2008.

## 2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCTIVITE ENTRE 2006 ET 2008

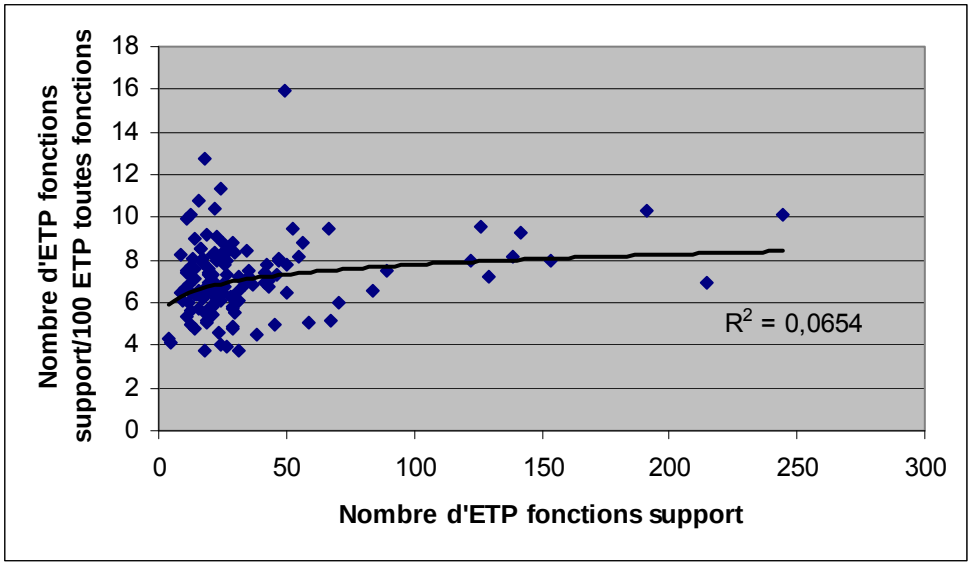
### *2.1. Pour l'ensemble des caisses*

Graphique 49 : Dispersion des caisses en 2006, sans retraitement




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

Graphique 50 : Dispersion des caisses en 2008, sans retraitement

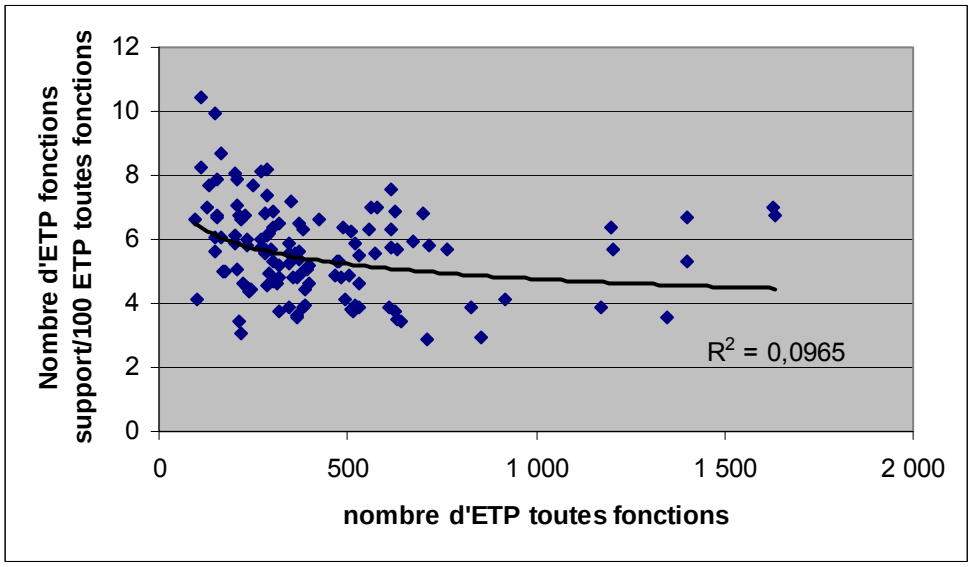



*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[615] On ne peut pas noter d'évolution notable de la dispersion qui reste importante. Il n'y pas de relation forte entre volume d'activité et productivité.

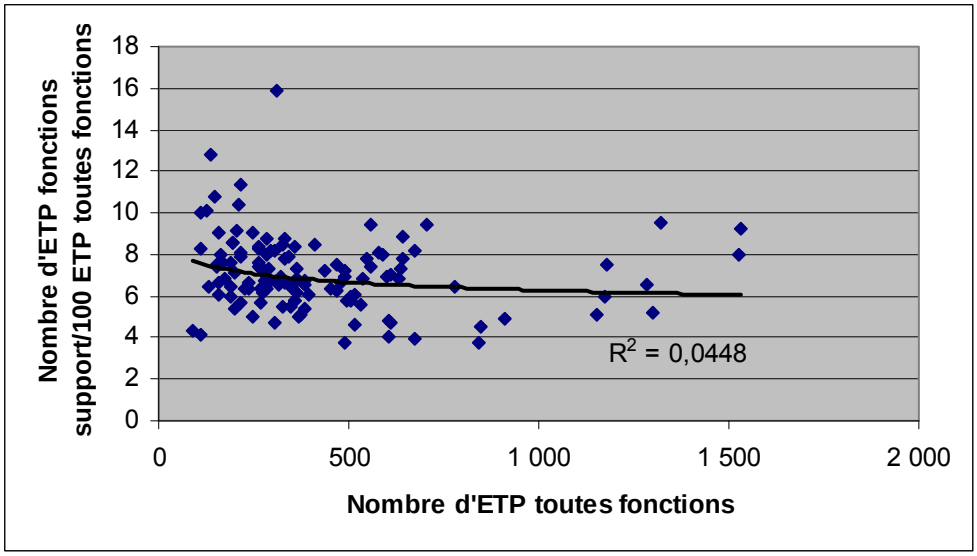
### *2.2. Avec un retraitement simplifié*

Graphique 51 : Dispersion des caisses en 2006, avec retraitement simplifié




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

Graphique 52 : Dispersion des caisses en 2008, avec retraitement simplifié




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[616] Le retraitement permet de faire apparaître plus nettement la réduction de la dispersion dans les caisses à faible volume d'activité.

# Annexe 2.8 : Analyse du processus accueil physique

[617] Le processus accueil physique comprend :

- Accueil physique des assurés, des professionnels de santé et des employeurs, (y compris l'accueil à domicile),
- Traitement des réclamations par le personnel de l'accueil.

## 1. DONNEES GENERALES

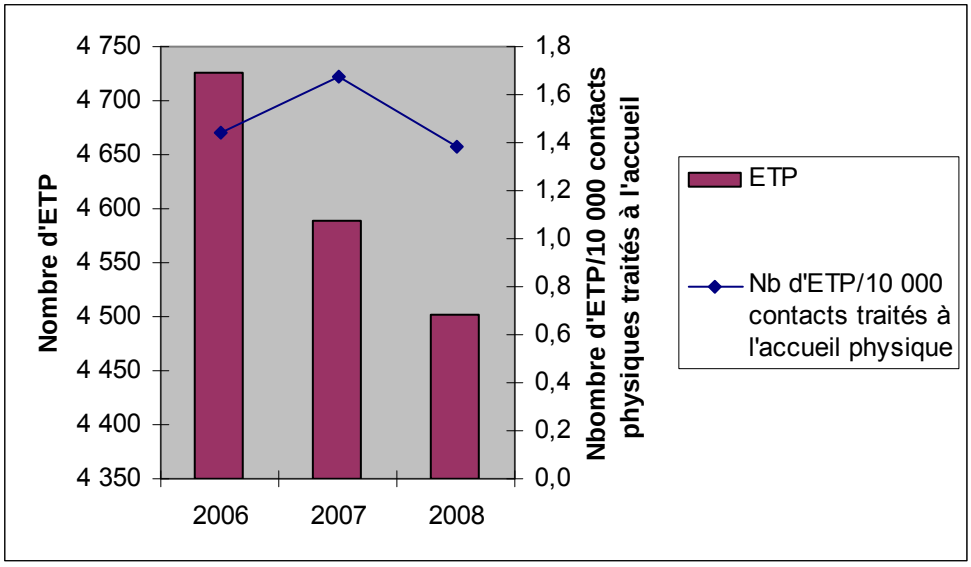
Tableau 74 : Statistiques descriptives productivité processus accueil physique

| | **Nb d'ETP affectés au processus/10 000 contacts traités à l'accueil physique** | |
|---|---|---|
| | **2006** | **2008** |
| **Moyenne** | 1,49 | 1,47 |
| **Médiane** | 1,46 | 1,43 |
| **Écart-type** | 0,35 | 0,44 |
| **Plage** | 1,77 | 4,35 |
| **Minimum** | 0,69 | 0,50 |
| **Maximum** | 2,46 | 4,84 |
| **Taux de dispersion (rapport écart-type/moyenne)** | 23,4% | 29,9% |

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[618] On notera une dispersion assez forte et qui augmente significativement entre 2006 te 2008.

Graphique 53 : Evolution de la productivité du processus accueil physique



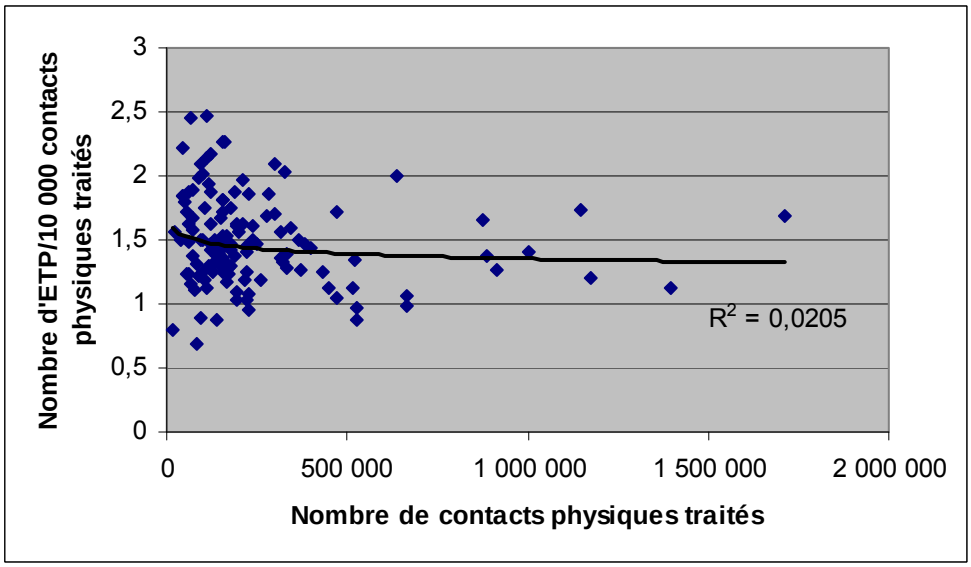

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[619] Malgré une réduction constante des ETP, la productivité a connu une hausse en 2007 avant de baisser de nouveau en raison de la baisse du nombre de contacts. La productivité s'améliore de nouveau à partir de 2008 pour trouver un niveau légèrement meilleur qu'en 2006.

## 2. ANALYSE DE LA RELATION VOLUME D'ACTIVITE/PRODUCIVITE ENTRE 2004 ET 2008

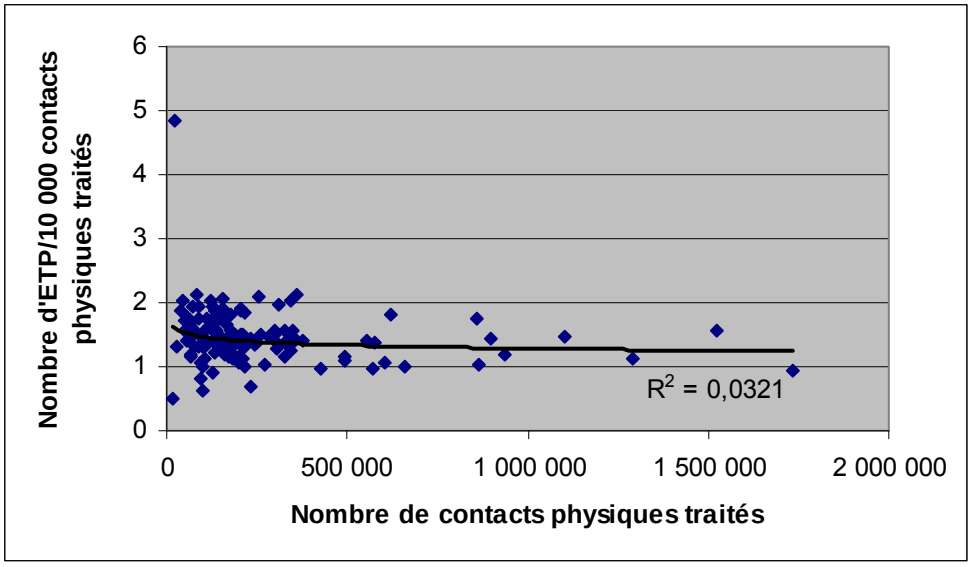
### *2.1. Pour l'ensemble des caisses*

Graphique 54 : Dispersion des caisses en 2006, sans retraitement




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

Graphique 55 : Dispersion des caisses en 2008, sans retraitement



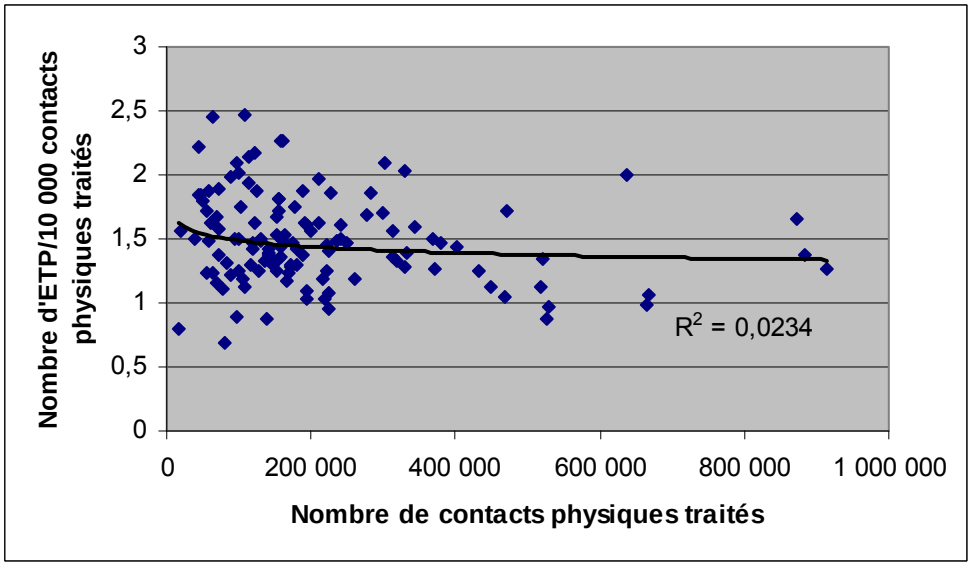

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[620] La comparaison entre 2004 et 2008 est rendu difficile par l'existence d'une atypie importante en 2008.

### *2.2. Avec un retraitement simplifié*

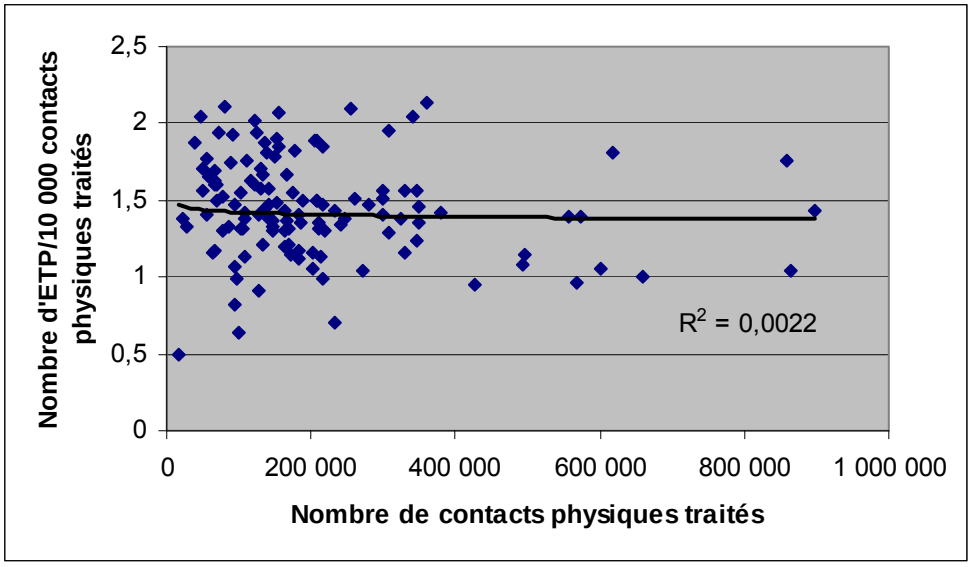
[621] Le retraitement a consisté à retirer les 5 caisses connaissant l'activité la plus forte et à placer artificiellement la caisse dont la productivité en 2008 était très inférieure à celles des autres au niveau de la moyenne.

Graphique 56 : Dispersion entre les caisses en 2006, avec retraitement simplifié




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

Graphique 57 : Dispersion entre les caisses en 2008, avec retraitement simplifié




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[622] Avec le retraitement on pourra noter que la dispersion reste forte en 2008. On notera également une légère réduction de l'amplitude des productivités, les caisses les moins performantes ayant vu leur productivité se rapprocher de la moyenne.

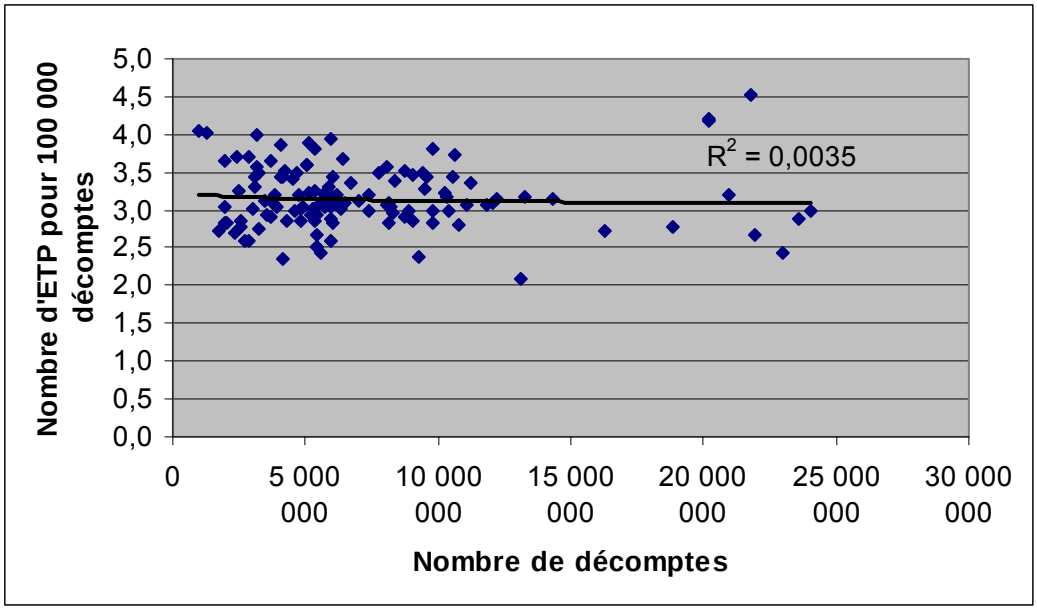
# Annexe 2.9 : Analyse des résultats obtenus par indicateurs CPG fonction de production et fonctions support

[623] En complément graphes figurant dans l'annexe, cet appendice réalise un traitement simplifié des données relatives aux indicateurs CPG de productivité des fonctions de production et des fonctions support. Le retraitement simplifié a consisté à retirer les 5 caisses ayant le plus gros volume d'activité.

## 1. PRODUCTIVITE DE LA PRODUCTION

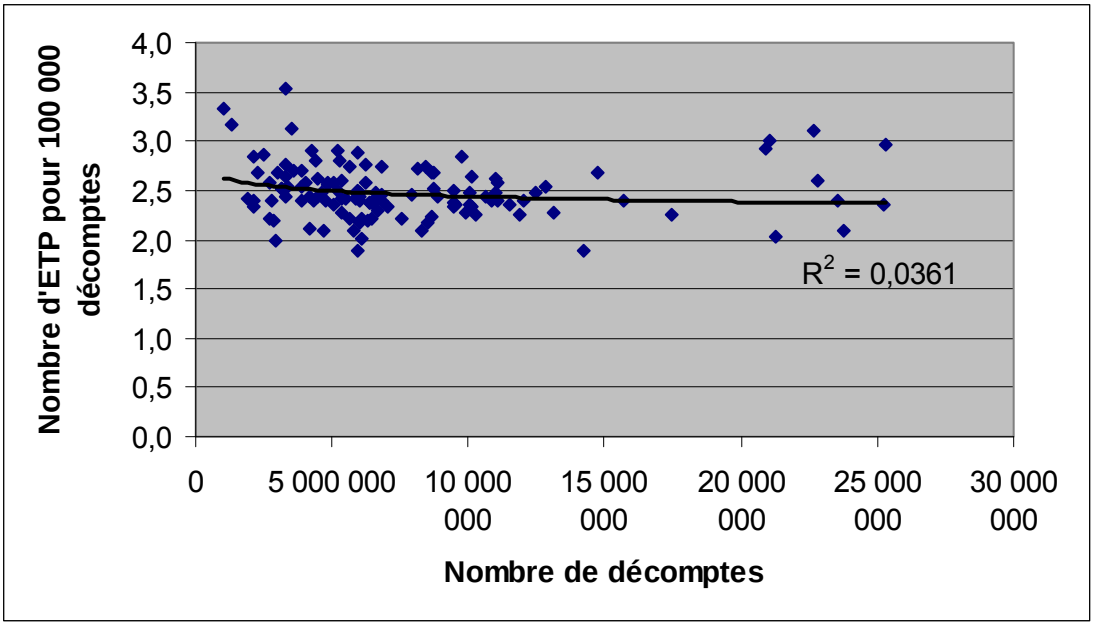
[624] Les effectifs affectés à la production sont rapportés au nombre de décomptes.

Graphique 58 : Dispersion des caisses en 2004, avec retraitement simplifié




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

Graphique 59 : Dispersion des caisses en 2008, avec retraitement simplifié



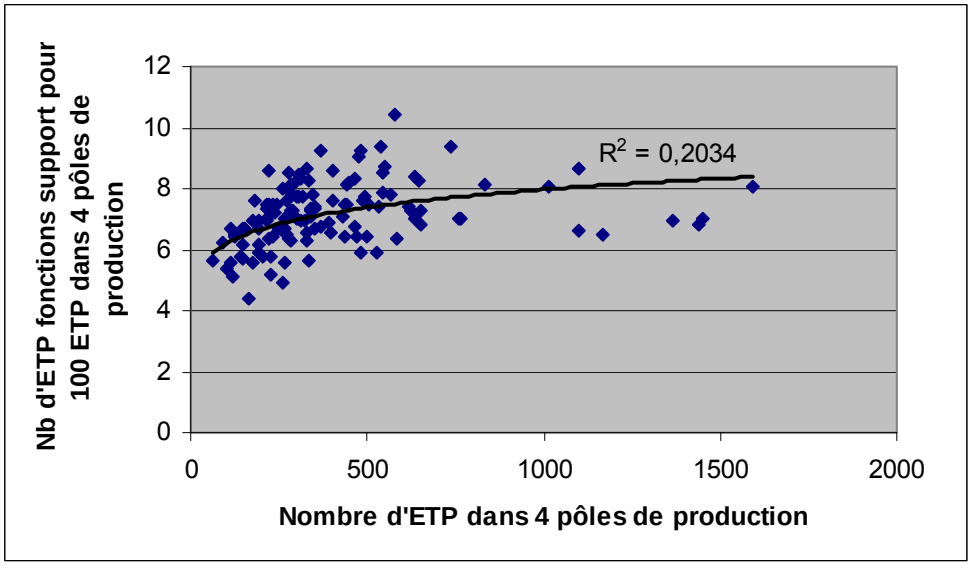

*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[625] Le retraitement simplifié ne fait pas apparaître d'évolution sur la dispersion qui reste toujours aussi forte. Il n'est pas non plus possible d'établir une relation entre volume d'activité et productivité.

## 2. PRODUCTIVITE FONCTIONS SUPPORT

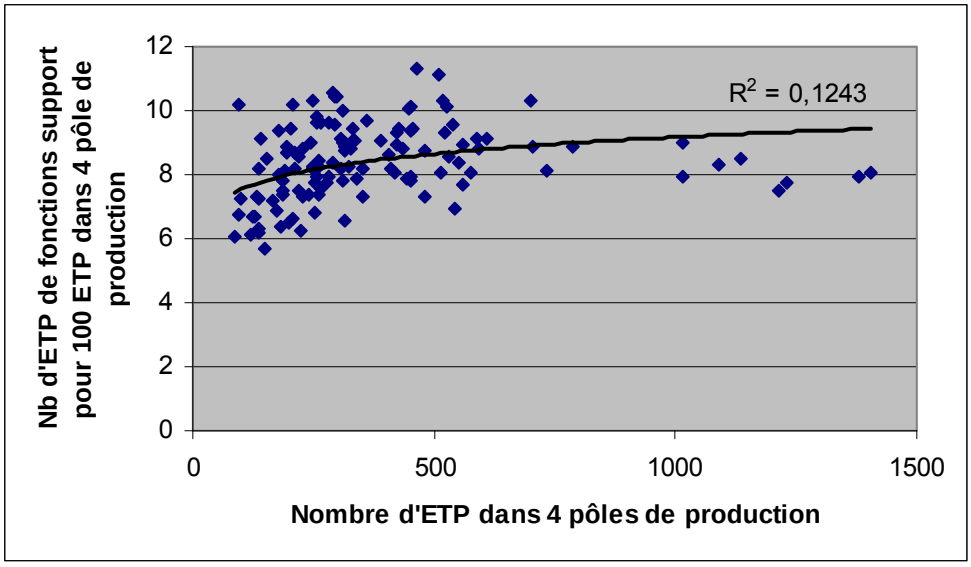
[626] Les ETP des fonctions support sont rapportés aux ETP affectés dans les 4 pôles de production.

Graphique 60 : Dispersion des caisses en 2004, avec retraitement simplifié




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

Graphique 61 : Dispersion des caisses en 2008, avec retraitement




*Source : CNAMTS, comptabilité analytique, calculs faits par la mission*

[627] Le retraitement simplifié fait apparaître une dégradation de la dispersion, et assez curieusement une relation volume d'activité/productivité inversée. Plus le nombre d'ETP des 4 pôles de production est important plus la productivité est mauvaise.

# Annexe 2.10 : Simulation d'évolution des besoins en ETP par caisse liés à la réduction des écarts de productivité

[628] La présente annexe détaille par caisse les estimations relatives à la réduction des écarts de productivité entre caisses. Ces calculs sont réalisés selon trois scénarios :

[629] Un scénario qui consiste à appliquer les productivités de référence de la tranche selon la méthode indiquée dans le corps de l'annexe

[630] Deux scénarios où cette productivité est volontairement dégradée de 15% puis 30%, soit un ou deux écarts types.

## 1. SCENARIO PRODUCTIVITE DE REFERENCE

Tableau 75 : Evolution des besoins en ETP par caisse pour la productivité de référence simulée

| Caisse | ETP présents rémunérés en 2008, CDI + CDD (1) | BAP 2008 | ETP/1 000 BAP en 2008 | Productivité de référence | Productivité retenue | ETP compte tenu de la productivité retenue (2) | (1)- (2) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mende | 105,9 | 49 114 | 2,156596136 | 1,664 | 1,664 | 82 | -24,2 |
| Elbeuf | 84,6 | 53 180 | 1,589997034 | 1,664 | 1,58999703 | 85 | 0,0 |
| Gueret | 107,3 | 83 660 | 1,282676336 | 1,664 | 1,28267634 | 107 | 0,0 |
| Annonay | 106,7 | 91 239 | 1,169121011 | 1,664 | 1,16912101 | 107 | 0,0 |
| Aurillac | 120,5 | 93 847 | 1,284204863 | 1,664 | 1,28420486 | 121 | 0,0 |
| Gap | 135,4 | 101 673 | 1,331655899 | 1,365 | 1,3316559 | 135 | 0,0 |
| Belfort | 142,5 | 109 698 | 1,298813683 | 1,365 | 1,29881368 | 142 | 0,0 |
| Ajaccio | 126,7 | 112 683 | 1,124147748 | 1,365 | 1,12414775 | 127 | 0,0 |
| Cahors | 130,2 | 119 290 | 1,091536274 | 1,365 | 1,09153627 | 130 | 0,0 |
| Foix | 132,7 | 120 314 | 1,102797613 | 1,365 | 1,10279761 | 133 | 0,0 |
| Roanne | 176,6 | 120 736 | 1,462445994 | 1,365 | 1,365 | 165 | -11,8 |
| Auch | 142,2 | 126 246 | 1,126102041 | 1,365 | 1,12610204 | 142 | 0,0 |
| Longwy | 205,2 | 127 657 | 1,607719105 | 1,365 | 1,365 | 174 | -31,0 |
| Digne | 140,2 | 128 753 | 1,088888603 | 1,365 | 1,0888886 | 140 | 0,0 |
| Bastia | 142,7 | 134 239 | 1,063041394 | 1,365 | 1,06304139 | 143 | 0,0 |
| Armentieres | 167,9 | 134 307 | 1,250427253 | 1,365 | 1,25042725 | 168 | 0,0 |
| Chaumont | 181,9 | 136 526 | 1,332105856 | 1,365 | 1,33210586 | 182 | 0,0 |
| Bar Le Duc | 188,8 | 136 805 | 1,380197307 | 1,365 | 1,365 | 187 | -2,1 |
| Villefranche s/Saone | 164,2 | 142 537 | 1,152324834 | 1,365 | 1,15232483 | 164 | 0,0 |
| Privas | 151,0 | 144 712 | 1,043357831 | 1,365 | 1,04335783 | 151 | 0,0 |
| Cholet | 196,4 | 144 907 | 1,355373859 | 1,365 | 1,35537386 | 196 | 0,0 |
| Cambrai | 184,1 | 147 211 | 1,250563722 | 1,365 | 1,25056372 | 184 | 0,0 |
| Montbeliard | 205,9 | 152 320 | 1,351515967 | 1,365 | 1,35151597 | 206 | 0,0 |
| Nevers | 204,2 | 157 045 | 1,300088452 | 1,365 | 1,30008845 | 204 | 0,0 |
| Le Puy | 185,7 | 157 302 | 1,180666858 | 1,365 | 1,18066686 | 186 | 0,0 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Chateauroux | 204,1 | 164 586 | 1,239983756 | 1,365 | 1,23998376 | 204 | 0,0 |
| Vesoul | 215,8 | 167 787 | 1,286293162 | 1,365 | 1,28629316 | 216 | 0,0 |
| Tulle | 210,3 | 173 413 | 1,212630301 | 1,365 | 1,2126303 | 210 | 0,0 |
| Dieppe | 235,0 | 173 497 | 1,354514346 | 1,365 | 1,35451435 | 235 | 0,0 |
| Montauban | 183,3 | 182 141 | 1,006433446 | 1,365 | 1,00643345 | 183 | 0,0 |
| Lons Le Saunier | 242,2 | 183 827 | 1,317282406 | 1,365 | 1,31728241 | 242 | 0,0 |
| Tarbes | 194,2 | 184 451 | 1,052878286 | 1,365 | 1,05287829 | 194 | 0,0 |
| Tourcoing | 346,5 | 191 307 | 1,81125579 | 1,365 | 1,365 | 261 | -85,4 |
| Laval | 233,1 | 194 296 | 1,199553917 | 1,365 | 1,19955392 | 233 | 0,0 |
| Rodez | 190,7 | 196 785 | 0,968910484 | 1,365 | 0,96891048 | 191 | 0,0 |
| Saint Quentin | 257,8 | 197 205 | 1,307156357 | 1,365 | 1,30715636 | 258 | 0,0 |
| Douai | 243,9 | 200 868 | 1,214009792 | 1,352 | 1,21400979 | 244 | 0,0 |
| Vienne | 215,3 | 206 672 | 1,041619709 | 1,352 | 1,04161971 | 215 | 0,0 |
| Alencon | 262,4 | 207 511 | 1,264363315 | 1,352 | 1,26436332 | 262 | 0,0 |
| Maubeuge | 283,9 | 212 744 | 1,334366407 | 1,352 | 1,33436641 | 284 | 0,0 |
| Boulogne sur Mer | 260,7 | 217 208 | 1,200334943 | 1,352 | 1,20033494 | 261 | 0,0 |
| Colmar | 249,6 | 217 973 | 1,145117937 | 1,352 | 1,14511794 | 250 | 0,0 |
| Thionville | 285,3 | 218 840 | 1,303881623 | 1,352 | 1,30388162 | 285 | 0,0 |
| Bourges | 289,2 | 226 240 | 1,278269057 | 1,352 | 1,27826906 | 289 | 0,0 |
| Troyes | 276,9 | 227 225 | 1,218803318 | 1,352 | 1,21880332 | 277 | 0,0 |
| Agen | 248,6 | 227 487 | 1,092943691 | 1,352 | 1,09294369 | 249 | 0,0 |
| Charleville | 262,5 | 230 964 | 1,136687746 | 1,352 | 1,13668775 | 263 | 0,0 |
| Laon | 259,4 | 236 716 | 1,095860449 | 1,352 | 1,09586045 | 259 | 0,0 |
| Blois | 246,3 | 237 174 | 1,038372393 | 1,352 | 1,03837239 | 246 | 0,0 |
| Arras | 323,1 | 238 156 | 1,356498924 | 1,352 | 1,352 | 322 | -1,1 |
| Dunkerque | 299,1 | 239 097 | 1,251028859 | 1,352 | 1,25102886 | 299 | 0,0 |
| Besancon | 267,7 | 241 946 | 1,106360909 | 1,352 | 1,10636091 | 268 | 0,0 |
| Haguenau | 297,3 | 245 530 | 1,211003616 | 1,352 | 1,21100362 | 297 | 0,0 |
| Niort | 277,2 | 245 656 | 1,1285277 | 1,352 | 1,1285277 | 277 | 0,0 |
| Creil | 316,1 | 248 084 | 1,274140543 | 1,352 | 1,27414054 | 316 | 0,0 |
| Angoulème | 313,8 | 253 651 | 1,237328927 | 1,352 | 1,23732893 | 314 | 0,0 |
| Sarreguemines | 295,6 | 257 862 | 1,146413532 | 1,352 | 1,14641353 | 296 | 0,0 |
| Calais | 312,6 | 258 024 | 1,211386981 | 1,352 | 1,21138698 | 313 | 0,0 |
| Auxerre | 297,2 | 259 639 | 1,144854884 | 1,352 | 1,14485488 | 297 | 0,0 |
| Mont de Marsan | 254,3 | 259 899 | 0,978369529 | 1,352 | 0,97836953 | 254 | 0,0 |
| Moulins | 347,3 | 261 898 | 1,326093361 | 1,352 | 1,32609336 | 347 | 0,0 |
| Bayonne | 268,6 | 262 512 | 1,023290221 | 1,352 | 1,02329022 | 269 | 0,0 |
| Selestat | 313,7 | 262 887 | 1,193116691 | 1,352 | 1,19311669 | 314 | 0,0 |
| Pau | 317,8 | 269 528 | 1,178916577 | 1,352 | 1,17891658 | 318 | 0,0 |
| Carcassonne | 265,4 | 270 612 | 0,980558855 | 1,352 | 0,98055885 | 265 | 0,0 |
| Limoges | 324,5 | 272 821 | 1,189499287 | 1,352 | 1,18949929 | 325 | 0,0 |
| Beziers | 266,0 | 274 590 | 0,968682377 | 1,352 | 0,96868238 | 266 | 0,0 |
| Perigueux | 265,3 | 276 006 | 0,961310027 | 1,352 | 0,96131003 | 265 | 0,0 |
| Epinal | 358,8 | 280 586 | 1,278730697 | 1,352 | 1,2787307 | 359 | 0,0 |
| Poitiers | 344,0 | 284 874 | 1,207485976 | 1,352 | 1,20748598 | 344 | 0,0 |
| Chartres | 328,2 | 290 497 | 1,129837818 | 1,352 | 1,12983782 | 328 | 0,0 |
| St Nazaire | 328,2 | 291 867 | 1,124510857 | 1,352 | 1,12451086 | 328 | 0,0 |
| Roubaix | 368,5 | 292 640 | 1,259393518 | 1,352 | 1,25939352 | 369 | 0,0 |
| Chambery | 350,0 | 299 539 | 1,16834972 | 1,352 | 1,16834972 | 350 | 0,0 |
| Albi | 322,1 | 300 383 | 1,072440533 | 1,352 | 1,07244053 | 322 | 0,0 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Quimper | 335,2 | 301 978 | 1,110043092 | 1,352 | 1,11004309 | 335 | 0,0 |
| St Lo | 337,5 | 322 448 | 1,046620864 | 1,352 | 1,04662086 | 337 | 0,0 |
| Valenciennes | 446,8 | 325 746 | 1,371638313 | 1,352 | 1,352 | 440 | -6,4 |
| Le Havre | 451,4 | 338 070 | 1,335101906 | 1,352 | 1,33510191 | 451 | 0,0 |
| Brest | 398,7 | 351 444 | 1,134564731 | 1,352 | 1,13456473 | 399 | 0,0 |
| Metz | 426,3 | 359 038 | 1,18720111 | 1,352 | 1,18720111 | 426 | 0,0 |
| Mulhouse | 458,1 | 361 339 | 1,267677954 | 1,352 | 1,26767795 | 458 | 0,0 |
| Beauvais | 437,6 | 369 465 | 1,184481431 | 1,352 | 1,18448143 | 438 | 0,0 |
| Dijon | 469,0 | 371 016 | 1,26419552 | 1,352 | 1,26419552 | 469 | 0,0 |
| Valence | 441,2 | 387 238 | 1,139382898 | 1,352 | 1,1393829 | 441 | 0,0 |
| Le Mans | 445,4 | 388 013 | 1,148017909 | 1,352 | 1,14801791 | 445 | 0,0 |
| Perpignan | 360,5 | 389 891 | 0,92470756 | 1,352 | 0,92470756 | 361 | 0,0 |
| Bourg en Bresse | 448,7 | 396 558 | 1,131503025 | 1,352 | 1,13150302 | 449 | 0,0 |
| Macon | 476,5 | 398 827 | 1,194814549 | 1,352 | 1,19481455 | 477 | 0,0 |
| Angers | 448,7 | 399 208 | 1,123904788 | 1,352 | 1,12390479 | 449 | 0,0 |
| St Brieuc | 447,8 | 406 080 | 1,102695918 | 1,209 | 1,10269592 | 448 | 0,0 |
| Reims | 531,4 | 407 783 | 1,303248114 | 1,209 | 1,209 | 493 | -38,4 |
| Evreux | 530,8 | 416 192 | 1,275267847 | 1,209 | 1,209 | 503 | -27,6 |
| Strasbourg | 564,0 | 417 777 | 1,349985157 | 1,209 | 1,209 | 505 | -58,9 |
| Nancy | 563,9 | 428 215 | 1,316773831 | 1,209 | 1,209 | 518 | -46,2 |
| Tours | 493,9 | 428 420 | 1,152757074 | 1,209 | 1,15275707 | 494 | 0,0 |
| La Roche s/Yon | 466,8 | 428 983 | 1,088126168 | 1,209 | 1,08812617 | 467 | 0,0 |
| Rouen | 617,6 | 439 442 | 1,405393933 | 1,209 | 1,209 | 531 | -86,3 |
| Amiens | 595,0 | 443 642 | 1,341093857 | 1,209 | 1,209 | 536 | -58,6 |
| La Rochelle | 505,6 | 449 301 | 1,125226025 | 1,209 | 1,12522603 | 506 | 0,0 |
| Avignon | 471,5 | 451 021 | 1,045315751 | 1,209 | 1,04531575 | 471 | 0,0 |
| Clermont Ferrand | 673,3 | 470 496 | 1,431007748 | 1,209 | 1,209 | 569 | -104,5 |
| Orléans | 552,6 | 472 517 | 1,169446392 | 1,209 | 1,16944639 | 553 | 0,0 |
| Caen | 593,1 | 493 443 | 1,202042267 | 1,209 | 1,20204227 | 593 | 0,0 |
| St Etienne | 608,3 | 496 759 | 1,224570763 | 1,209 | 1,209 | 601 | -7,7 |
| Annecy | 545,1 | 502 877 | 1,083899677 | 1,209 | 1,08389968 | 545 | 0,0 |
| Lens | 561,9 | 505 237 | 1,11206957 | 1,209 | 1,11206957 | 562 | 0,0 |
| Vannes | 584,2 | 525 326 | 1,11214895 | 1,209 | 1,11214895 | 584 | 0,0 |
| Lille | 658,4 | 551 138 | 1,194529668 | 1,209 | 1,19452967 | 658 | 0,0 |
| Nimes | 566,7 | 606 400 | 0,934491311 | 1,157 | 0,93449131 | 567 | 0,0 |
| Nantes | 725,9 | 643 281 | 1,128373944 | 1,157 | 1,12837394 | 726 | 0,0 |
| Montpellier | 600,6 | 671 798 | 0,894061229 | 1,157 | 0,89406123 | 601 | 0,0 |
| Rennes | 770,3 | 684 943 | 1,124659685 | 1,157 | 1,12465969 | 770 | 0,0 |
| Grenoble | 779,8 | 752 544 | 1,036194044 | 1,157 | 1,03619404 | 780 | 0,0 |
| Evry | 1 291,8 | 909 213 | 1,420816103 | 1,157 | 1,157 | 1 052 | -239,9 |
| Toulon | 840,5 | 909 624 | 0,924019524 | 1,157 | 0,92401952 | 841 | 0,0 |
| Cergy Pontoise | 1 255,2 | 919 528 | 1,365046527 | 1,157 | 1,157 | 1 064 | -191,3 |
| Creteil | 1 431,0 | 974 539 | 1,468352598 | 1,157 | 1,157 | 1 128 | -303,4 |
| Melun | 1 129,7 | 982 509 | 1,149820729 | 1,157 | 1,14982073 | 1 130 | 0,0 |
| Toulouse | 1 094,6 | 1 022 113 | 1,070870632 | 1,157 | 1,07087063 | 1 095 | 0,0 |
| Nice | 1 043,8 | 1 030 947 | 1,012426934 | 1,157 | 1,01242693 | 1 044 | 0,0 |
| Versailles | 1 472,3 | 1 048 514 | 1,404132871 | 1,157 | 1,157 | 1 213 | -259,1 |
| Bordeaux | 1 171,3 | 1 081 663 | 1,082909351 | 1,157 | 1,08290935 | 1 171 | 0,0 |
| Lyon | 1 422,7 | 1 223 501 | 1,162781209 | 1,157 | 1,157 | 1 416 | -7,1 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bobigny | 1 821,4 | 1 236 655 | 1,472805651 | 1,157 | 1,157 | 1 431 | -390,5 |
| Nanterre | 1 755,1 | 1 382 760 | 1,269299044 | 1,157 | 1,157 | 1 600 | -155,3 |
| Paris | 2 759,6 | 1 771 787 | 1,557496079 | 1,157 | 1,157 | 2 050 | -709,6 |
| Marseille | 2 278,3 | 2 069 855 | 1,10071103 | 1,157 | 1,10071103 | 2 278 | 0,0 |
| **Total** | **58 905,7** | 48 958 807 | | | **0** | **56 060** | **-2 846,2** |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

## 2. SCENARIO PRODUCTIVITE DE REFERENCE DEGRADEE DE 15%

Tableau 76 : Evolution des besoins en ETP par caisse pour la productivité de référence simulée dégradée de 15%

| Nom | ETP présents et rémunérés en 2008, CDI + CDD (1) | BAP 2008 | ETP/1000 BAP en 2008 | Productivité de référence | Producitivté retenue | ETP compte tenu de la producitivté retenue (2) | (1) - (2) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mende | 105,9 | 49 114 | 2,156596136 | 1,472 | 1,472 | 72 | -33,6 |
| Elbeuf | 84,6 | 53 180 | 1,589997034 | 1,472 | 1,472 | 78 | -6,3 |
| Gueret | 107,3 | 83 660 | 1,282676336 | 1,472 | 1,28267634 | 107 | 0,0 |
| Annonay | 106,7 | 91 239 | 1,169121011 | 1,472 | 1,16912101 | 107 | 0,0 |
| Aurillac | 120,5 | 93 847 | 1,284204863 | 1,472 | 1,28420486 | 121 | 0,0 |
| Gap | 135,4 | 101 673 | 1,331655899 | 1,2075 | 1,2075 | 123 | -12,6 |
| Belfort | 142,5 | 109 698 | 1,298813683 | 1,2075 | 1,2075 | 132 | -10,0 |
| Ajaccio | 126,7 | 112 683 | 1,124147748 | 1,2075 | 1,12414775 | 127 | 0,0 |
| Cahors | 130,2 | 119 290 | 1,091536274 | 1,2075 | 1,09153627 | 130 | 0,0 |
| Foix | 132,7 | 120 314 | 1,102797613 | 1,2075 | 1,10279761 | 133 | 0,0 |
| Roanne | 176,6 | 120 736 | 1,462445994 | 1,2075 | 1,2075 | 146 | -30,8 |
| Auch | 142,2 | 126 246 | 1,126102041 | 1,2075 | 1,12610204 | 142 | 0,0 |
| Longwy | 205,2 | 127 657 | 1,607719105 | 1,2075 | 1,2075 | 154 | -51,1 |
| Digne | 140,2 | 128 753 | 1,088888603 | 1,2075 | 1,0888886 | 140 | 0,0 |
| Bastia | 142,7 | 134 239 | 1,063041394 | 1,2075 | 1,06304139 | 143 | 0,0 |
| Armentieres | 167,9 | 134 307 | 1,250427253 | 1,2075 | 1,2075 | 162 | -5,8 |
| Chaumont | 181,9 | 136 526 | 1,332105856 | 1,2075 | 1,2075 | 165 | -17,0 |
| Bar Le Duc | 188,8 | 136 805 | 1,380197307 | 1,2075 | 1,2075 | 165 | -23,6 |
| Villefranche s/Saone | 164,2 | 142 537 | 1,152324834 | 1,2075 | 1,15232483 | 164 | 0,0 |
| Privas | 151,0 | 144 712 | 1,043357831 | 1,2075 | 1,04335783 | 151 | 0,0 |
| Cholet | 196,4 | 144 907 | 1,355373859 | 1,2075 | 1,2075 | 175 | -21,4 |
| Cambrai | 184,1 | 147 211 | 1,250563722 | 1,2075 | 1,2075 | 178 | -6,3 |
| Montbeliard | 205,9 | 152 320 | 1,351515967 | 1,2075 | 1,2075 | 184 | -21,9 |
| Nevers | 204,2 | 157 045 | 1,300088452 | 1,2075 | 1,2075 | 190 | -14,5 |
| Le Puy | 185,7 | 157 302 | 1,180666858 | 1,2075 | 1,18066686 | 186 | 0,0 |
| Chateauroux | 204,1 | 164 586 | 1,239983756 | 1,2075 | 1,2075 | 199 | -5,3 |
| Vesoul | 215,8 | 167 787 | 1,286293162 | 1,2075 | 1,2075 | 203 | -13,2 |
| Tulle | 210,3 | 173 413 | 1,212630301 | 1,2075 | 1,2075 | 209 | -0,9 |
| Dieppe | 235,0 | 173 497 | 1,354514346 | 1,2075 | 1,2075 | 209 | -25,5 |
| Montauban | 183,3 | 182 141 | 1,006433446 | 1,2075 | 1,00643345 | 183 | 0,0 |
| Lons Le Saunier | 242,2 | 183 827 | 1,317282406 | 1,2075 | 1,2075 | 222 | -20,2 |
| Tarbes | 194,2 | 184 451 | 1,052878286 | 1,2075 | 1,05287829 | 194 | 0,0 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tourcoing | 346,5 | 191 307 | 1,81125579 | 1,2075 | 1,2075 | 231 | -115,5 |
| Laval | 233,1 | 194 296 | 1,199553917 | 1,2075 | 1,19955392 | 233 | 0,0 |
| Rodez | 190,7 | 196 785 | 0,968910484 | 1,2075 | 0,96891048 | 191 | 0,0 |
| Saint Quentin | 257,8 | 197 205 | 1,307156357 | 1,2075 | 1,2075 | 238 | -19,7 |
| Douai | 243,9 | 200 868 | 1,214009792 | 1,196 | 1,196 | 240 | -3,6 |
| Vienne | 215,3 | 206 672 | 1,041619709 | 1,196 | 1,04161971 | 215 | 0,0 |
| Alencon | 262,4 | 207 511 | 1,264363315 | 1,196 | 1,196 | 248 | -14,2 |
| Maubeuge | 283,9 | 212 744 | 1,334366407 | 1,196 | 1,196 | 254 | -29,4 |
| Boulogne sur Mer | 260,7 | 217 208 | 1,200334943 | 1,196 | 1,196 | 260 | -0,9 |
| Colmar | 249,6 | 217 973 | 1,145117937 | 1,196 | 1,14511794 | 250 | 0,0 |
| Thionville | 285,3 | 218 840 | 1,303881623 | 1,196 | 1,196 | 262 | -23,6 |
| Bourges | 289,2 | 226 240 | 1,278269057 | 1,196 | 1,196 | 271 | -18,6 |
| Troyes | 276,9 | 227 225 | 1,218803318 | 1,196 | 1,196 | 272 | -5,2 |
| Agen | 248,6 | 227 487 | 1,092943691 | 1,196 | 1,09294369 | 249 | 0,0 |
| Charleville | 262,5 | 230 964 | 1,136687746 | 1,196 | 1,13668775 | 263 | 0,0 |
| Laon | 259,4 | 236 716 | 1,095860449 | 1,196 | 1,09586045 | 259 | 0,0 |
| Blois | 246,3 | 237 174 | 1,038372393 | 1,196 | 1,03837239 | 246 | 0,0 |
| Arras | 323,1 | 238 156 | 1,356498924 | 1,196 | 1,196 | 285 | -38,2 |
| Dunkerque | 299,1 | 239 097 | 1,251028859 | 1,196 | 1,196 | 286 | -13,2 |
| Besancon | 267,7 | 241 946 | 1,106360909 | 1,196 | 1,10636091 | 268 | 0,0 |
| Haguenau | 297,3 | 245 530 | 1,211003616 | 1,196 | 1,196 | 294 | -3,7 |
| Niort | 277,2 | 245 656 | 1,1285277 | 1,196 | 1,1285277 | 277 | 0,0 |
| Creil | 316,1 | 248 084 | 1,274140543 | 1,196 | 1,196 | 297 | -19,4 |
| Angoulème | 313,8 | 253 651 | 1,237328927 | 1,196 | 1,196 | 303 | -10,5 |
| Sarreguemines | 295,6 | 257 862 | 1,146413532 | 1,196 | 1,14641353 | 296 | 0,0 |
| Calais | 312,6 | 258 024 | 1,211386981 | 1,196 | 1,196 | 309 | -4,0 |
| Auxerre | 297,2 | 259 639 | 1,144854884 | 1,196 | 1,14485488 | 297 | 0,0 |
| Mont de Marsan | 254,3 | 259 899 | 0,978369529 | 1,196 | 0,97836953 | 254 | 0,0 |
| Moulins | 347,3 | 261 898 | 1,326093361 | 1,196 | 1,196 | 313 | -34,1 |
| Bayonne | 268,6 | 262 512 | 1,023290221 | 1,196 | 1,02329022 | 269 | 0,0 |
| Selestat | 313,7 | 262 887 | 1,193116691 | 1,196 | 1,19311669 | 314 | 0,0 |
| Pau | 317,8 | 269 528 | 1,178916577 | 1,196 | 1,17891658 | 318 | 0,0 |
| Carcassonne | 265,4 | 270 612 | 0,980558855 | 1,196 | 0,98055885 | 265 | 0,0 |
| Limoges | 324,5 | 272 821 | 1,189499287 | 1,196 | 1,18949929 | 325 | 0,0 |
| Beziers | 266,0 | 274 590 | 0,968682377 | 1,196 | 0,96868238 | 266 | 0,0 |
| Perigueux | 265,3 | 276 006 | 0,961310027 | 1,196 | 0,96131003 | 265 | 0,0 |
| Epinal | 358,8 | 280 586 | 1,278730697 | 1,196 | 1,196 | 336 | -23,2 |
| Poitiers | 344,0 | 284 874 | 1,207485976 | 1,196 | 1,196 | 341 | -3,3 |
| Chartres | 328,2 | 290 497 | 1,129837818 | 1,196 | 1,12983782 | 328 | 0,0 |
| St Nazaire | 328,2 | 291 867 | 1,124510857 | 1,196 | 1,12451086 | 328 | 0,0 |
| Roubaix | 368,5 | 292 640 | 1,259393518 | 1,196 | 1,196 | 350 | -18,6 |
| Chambery | 350,0 | 299 539 | 1,16834972 | 1,196 | 1,16834972 | 350 | 0,0 |
| Albi | 322,1 | 300 383 | 1,072440533 | 1,196 | 1,07244053 | 322 | 0,0 |
| Quimper | 335,2 | 301 978 | 1,110043092 | 1,196 | 1,11004309 | 335 | 0,0 |
| St Lo | 337,5 | 322 448 | 1,046620864 | 1,196 | 1,04662086 | 337 | 0,0 |
| Valenciennes | 446,8 | 325 746 | 1,371638313 | 1,196 | 1,196 | 390 | -57,2 |
| Le Havre | 451,4 | 338 070 | 1,335101906 | 1,196 | 1,196 | 404 | -47,0 |
| Brest | 398,7 | 351 444 | 1,134564731 | 1,196 | 1,13456473 | 399 | 0,0 |
| Metz | 426,3 | 359 038 | 1,18720111 | 1,196 | 1,18720111 | 426 | 0,0 |
| Mulhouse | 458,1 | 361 339 | 1,267677954 | 1,196 | 1,196 | 432 | -25,9 |
| Beauvais | 437,6 | 369 465 | 1,184481431 | 1,196 | 1,18448143 | 438 | 0,0 |
| Dijon | 469,0 | 371 016 | 1,26419552 | 1,196 | 1,196 | 444 | -25,3 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valence | 441,2 | 387 238 | 1,139382898 | 1,196 | 1,1393829 | 441 | 0,0 |
| Le Mans | 445,4 | 388 013 | 1,148017909 | 1,196 | 1,14801791 | 445 | 0,0 |
| Perpignan | 360,5 | 389 891 | 0,92470756 | 1,196 | 0,92470756 | 361 | 0,0 |
| Bourg en Bresse | 448,7 | 396 558 | 1,131503025 | 1,196 | 1,13150302 | 449 | 0,0 |
| Macon | 476,5 | 398 827 | 1,194814549 | 1,196 | 1,19481455 | 477 | 0,0 |
| Angers | 448,7 | 399 208 | 1,123904788 | 1,196 | 1,12390479 | 449 | 0,0 |
| St Brieuc | 447,8 | 406 080 | 1,102695918 | 1,0695 | 1,0695 | 434 | -13,5 |
| Reims | 531,4 | 407 783 | 1,303248114 | 1,0695 | 1,0695 | 436 | -95,3 |
| Evreux | 530,8 | 416 192 | 1,275267847 | 1,0695 | 1,0695 | 445 | -85,6 |
| Strasbourg | 564,0 | 417 777 | 1,349985157 | 1,0695 | 1,0695 | 447 | -117,2 |
| Nancy | 563,9 | 428 215 | 1,316773831 | 1,0695 | 1,0695 | 458 | -105,9 |
| Tours | 493,9 | 428 420 | 1,152757074 | 1,0695 | 1,0695 | 458 | -35,7 |
| La Roche s/Yon | 466,8 | 428 983 | 1,088126168 | 1,0695 | 1,0695 | 459 | -8,0 |
| Rouen | 617,6 | 439 442 | 1,405393933 | 1,0695 | 1,0695 | 470 | -147,6 |
| Amiens | 595,0 | 443 642 | 1,341093857 | 1,0695 | 1,0695 | 474 | -120,5 |
| La Rochelle | 505,6 | 449 301 | 1,125226025 | 1,0695 | 1,0695 | 481 | -25,0 |
| Avignon | 471,5 | 451 021 | 1,045315751 | 1,0695 | 1,04531575 | 471 | 0,0 |
| Clermont Ferrand | 673,3 | 470 496 | 1,431007748 | 1,0695 | 1,0695 | 503 | -170,1 |
| Orléans | 552,6 | 472 517 | 1,169446392 | 1,0695 | 1,0695 | 505 | -47,2 |
| Caen | 593,1 | 493 443 | 1,202042267 | 1,0695 | 1,0695 | 528 | -65,4 |
| St Etienne | 608,3 | 496 759 | 1,224570763 | 1,0695 | 1,0695 | 531 | -77,0 |
| Annecy | 545,1 | 502 877 | 1,083899677 | 1,0695 | 1,0695 | 538 | -7,2 |
| Lens | 561,9 | 505 237 | 1,11206957 | 1,0695 | 1,0695 | 540 | -21,5 |
| Vannes | 584,2 | 525 326 | 1,11214895 | 1,0695 | 1,0695 | 562 | -22,4 |
| Lille | 658,4 | 551 138 | 1,194529668 | 1,0695 | 1,0695 | 589 | -68,9 |
| Nimes | 566,7 | 606 400 | 0,934491311 | 1,0235 | 0,93449131 | 567 | 0,0 |
| Nantes | 725,9 | 643 281 | 1,128373944 | 1,0235 | 1,0235 | 658 | -67,5 |
| Montpellier | 600,6 | 671 798 | 0,894061229 | 1,0235 | 0,89406123 | 601 | 0,0 |
| Rennes | 770,3 | 684 943 | 1,124659685 | 1,0235 | 1,0235 | 701 | -69,3 |
| Grenoble | 779,8 | 752 544 | 1,036194044 | 1,0235 | 1,0235 | 770 | -9,6 |
| Evry | 1 291,8 | 909 213 | 1,420816103 | 1,0235 | 1,0235 | 931 | -361,2 |
| Toulon | 840,5 | 909 624 | 0,924019524 | 1,0235 | 0,92401952 | 841 | 0,0 |
| Cergy Pontoise | 1 255,2 | 919 528 | 1,365046527 | 1,0235 | 1,0235 | 941 | -314,1 |
| Creteil | 1 431,0 | 974 539 | 1,468352598 | 1,0235 | 1,0235 | 997 | -433,5 |
| Melun | 1 129,7 | 982 509 | 1,149820729 | 1,0235 | 1,0235 | 1 006 | -124,1 |
| Toulouse | 1 094,6 | 1 022 113 | 1,070870632 | 1,0235 | 1,0235 | 1 046 | -48,4 |
| Nice | 1 043,8 | 1 030 947 | 1,012426934 | 1,0235 | 1,01242693 | 1 044 | 0,0 |
| Versailles | 1 472,3 | 1 048 514 | 1,404132871 | 1,0235 | 1,0235 | 1 073 | -399,1 |
| Bordeaux | 1 171,3 | 1 081 663 | 1,082909351 | 1,0235 | 1,0235 | 1 107 | -64,3 |
| Lyon | 1 422,7 | 1 223 501 | 1,162781209 | 1,0235 | 1,0235 | 1 252 | -170,4 |
| Bobigny | 1 821,4 | 1 236 655 | 1,472805651 | 1,0235 | 1,0235 | 1 266 | -555,6 |
| Nanterre | 1 755,1 | 1 382 760 | 1,269299044 | 1,0235 | 1,0235 | 1 415 | -339,9 |
| Paris | 2 759,6 | 1 771 787 | 1,557496079 | 1,0235 | 1,0235 | 1 813 | -946,1 |
| Marseille | 2 278,3 | 2 069 855 | 1,10071103 | 1,0235 | 1,0235 | 2 118 | -159,8 |
| **Total** | **58 905,7** | 48 958 807 | | | **0** | **52 734** | **-6 171,4** |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

## 3. SCENARIO PRODUCTIVITE DE REFERENCE DEGRADEE DE 30%

Tableau 77 : Evolution des besoins en ETP par caisse avec une productivité de référence simulée dégradée de 30%

| Nom | ETP présents et rémunérés, CDI + CDD, en 2008 (1) | BAP 2008 | ETP/1000 BAP en 2008 | Productivité de référence | Producitivté retenue | ETP compte tenu de la producitivté retenue (2) | (1) - (2) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mende | 105,9 | 49 114 | 2,156596136 | 1,28 | 1,28 | 62,87 | -43,05 |
| Elbeuf | 84,6 | 53 180 | 1,589997034 | 1,28 | 1,28 | 68,07 | -16,49 |
| Gueret | 107,3 | 83 660 | 1,282676336 | 1,28 | 1,28 | 107,09 | -0,22 |
| Annonay | 106,7 | 91 239 | 1,169121011 | 1,28 | 1,16912101 | 106,67 | 0,00 |
| Aurillac | 120,5 | 93 847 | 1,284204863 | 1,28 | 1,28 | 120,12 | -0,39 |
| Gap | 135,4 | 101 673 | 1,331655899 | 1,05 | 1,05 | 106,76 | -28,64 |
| Belfort | 142,5 | 109 698 | 1,298813683 | 1,05 | 1,05 | 115,18 | -27,29 |
| Ajaccio | 126,7 | 112 683 | 1,124147748 | 1,05 | 1,05 | 118,32 | -8,36 |
| Cahors | 130,2 | 119 290 | 1,091536274 | 1,05 | 1,05 | 125,25 | -4,95 |
| Foix | 132,7 | 120 314 | 1,102797613 | 1,05 | 1,05 | 126,33 | -6,35 |
| Roanne | 176,6 | 120 736 | 1,462445994 | 1,05 | 1,05 | 126,77 | -49,80 |
| Auch | 142,2 | 126 246 | 1,126102041 | 1,05 | 1,05 | 132,56 | -9,61 |
| Longwy | 205,2 | 127 657 | 1,607719105 | 1,05 | 1,05 | 134,04 | -71,20 |
| Digne | 140,2 | 128 753 | 1,088888603 | 1,05 | 1,05 | 135,19 | -5,01 |
| Bastia | 142,7 | 134 239 | 1,063041394 | 1,05 | 1,05 | 140,95 | -1,75 |
| Armentieres | 167,9 | 134 307 | 1,250427253 | 1,05 | 1,05 | 141,02 | -26,92 |
| Chaumont | 181,9 | 136 526 | 1,332105856 | 1,05 | 1,05 | 143,35 | -38,51 |
| Bar Le Duc | 188,8 | 136 805 | 1,380197307 | 1,05 | 1,05 | 143,65 | -45,17 |
| Villefranches/Saone | 164,2 | 142 537 | 1,152324834 | 1,05 | 1,05 | 149,66 | -14,59 |
| Privas | 151,0 | 144 712 | 1,043357831 | 1,05 | 1,04335783 | 150,99 | 0,00 |
| Cholet | 196,4 | 144 907 | 1,355373859 | 1,05 | 1,05 | 152,15 | -44,25 |
| Cambrai | 184,1 | 147 211 | 1,250563722 | 1,05 | 1,05 | 154,57 | -29,53 |
| Montbeliard | 205,9 | 152 320 | 1,351515967 | 1,05 | 1,05 | 159,94 | -45,93 |
| Nevers | 204,2 | 157 045 | 1,300088452 | 1,05 | 1,05 | 164,90 | -39,28 |
| Le Puy | 185,7 | 157 302 | 1,180666858 | 1,05 | 1,05 | 165,17 | -20,55 |
| Chateauroux | 204,1 | 164 586 | 1,239983756 | 1,05 | 1,05 | 172,82 | -31,27 |
| Vesoul | 215,8 | 167 787 | 1,286293162 | 1,05 | 1,05 | 176,18 | -39,65 |
| Tulle | 210,3 | 173 413 | 1,212630301 | 1,05 | 1,05 | 182,08 | -28,20 |
| Dieppe | 235,0 | 173 497 | 1,354514346 | 1,05 | 1,05 | 182,17 | -52,83 |
| Montauban | 183,3 | 182 141 | 1,006433446 | 1,05 | 1,00643345 | 183,31 | 0,00 |
| Lons Le Saunier | 242,2 | 183 827 | 1,317282406 | 1,05 | 1,05 | 193,02 | -49,13 |
| Tarbes | 194,2 | 184 451 | 1,052878286 | 1,05 | 1,05 | 193,67 | -0,53 |
| Tourcoing | 346,5 | 191 307 | 1,81125579 | 1,05 | 1,05 | 200,87 | -145,63 |
| Laval | 233,1 | 194 296 | 1,199553917 | 1,05 | 1,05 | 204,01 | -29,06 |
| Rodez | 190,7 | 196 785 | 0,968910484 | 1,05 | 0,96891048 | 190,67 | 0,00 |
| Saint Quentin | 257,8 | 197 205 | 1,307156357 | 1,05 | 1,05 | 207,06 | -50,71 |
| Douai | 243,9 | 200 868 | 1,214009792 | 1,04 | 1,04 | 208,90 | -34,95 |
| Vienne | 215,3 | 206 672 | 1,041619709 | 1,04 | 1,04 | 214,94 | -0,33 |
| Alencon | 262,4 | 207 511 | 1,264363315 | 1,04 | 1,04 | 215,81 | -46,56 |
| Maubeuge | 283,9 | 212 744 | 1,334366407 | 1,04 | 1,04 | 221,25 | -62,62 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Boulogne sur Mer | 260,7 | 217 208 | 1,200334943 | 1,04 | 1,04 | 225,90 | -34,83 |
| Colmar | 249,6 | 217 973 | 1,145117937 | 1,04 | 1,04 | 226,69 | -22,91 |
| Thionville | 285,3 | 218 840 | 1,303881623 | 1,04 | 1,04 | 227,59 | -57,75 |
| Bourges | 289,2 | 226 240 | 1,278269057 | 1,04 | 1,04 | 235,29 | -53,91 |
| Troyes | 276,9 | 227 225 | 1,218803318 | 1,04 | 1,04 | 236,31 | -40,63 |
| Agen | 248,6 | 227 487 | 1,092943691 | 1,04 | 1,04 | 236,59 | -12,04 |
| Charleville | 262,5 | 230 964 | 1,136687746 | 1,04 | 1,04 | 240,20 | -22,33 |
| Laon | 259,4 | 236 716 | 1,095860449 | 1,04 | 1,04 | 246,19 | -13,22 |
| Blois | 246,3 | 237 174 | 1,038372393 | 1,04 | 1,03837239 | 246,27 | 0,00 |
| Arras | 323,1 | 238 156 | 1,356498924 | 1,04 | 1,04 | 247,68 | -75,38 |
| Dunkerque | 299,1 | 239 097 | 1,251028859 | 1,04 | 1,04 | 248,66 | -50,46 |
| Besancon | 267,7 | 241 946 | 1,106360909 | 1,04 | 1,04 | 251,62 | -16,06 |
| Haguenau | 297,3 | 245 530 | 1,211003616 | 1,04 | 1,04 | 255,35 | -41,99 |
| Niort | 277,2 | 245 656 | 1,1285277 | 1,04 | 1,04 | 255,48 | -21,75 |
| Creil | 316,1 | 248 084 | 1,274140543 | 1,04 | 1,04 | 258,01 | -58,09 |
| Angoulème | 313,8 | 253 651 | 1,237328927 | 1,04 | 1,04 | 263,80 | -50,05 |
| Sarreguemines | 295,6 | 257 862 | 1,146413532 | 1,04 | 1,04 | 268,18 | -27,44 |
| Calais | 312,6 | 258 024 | 1,211386981 | 1,04 | 1,04 | 268,34 | -44,22 |
| Auxerre | 297,2 | 259 639 | 1,144854884 | 1,04 | 1,04 | 270,02 | -27,22 |
| Mont de Marsan | 254,3 | 259 899 | 0,978369529 | 1,04 | 0,97836953 | 254,28 | 0,00 |
| Moulins | 347,3 | 261 898 | 1,326093361 | 1,04 | 1,04 | 272,37 | -74,93 |
| Bayonne | 268,6 | 262 512 | 1,023290221 | 1,04 | 1,02329022 | 268,63 | 0,00 |
| Selestat | 313,7 | 262 887 | 1,193116691 | 1,04 | 1,04 | 273,40 | -40,25 |
| Pau | 317,8 | 269 528 | 1,178916577 | 1,04 | 1,04 | 280,31 | -37,44 |
| Carcassonne | 265,4 | 270 612 | 0,980558855 | 1,04 | 0,98055885 | 265,35 | 0,00 |
| Limoges | 324,5 | 272 821 | 1,189499287 | 1,04 | 1,04 | 283,73 | -40,79 |
| Beziers | 266,0 | 274 590 | 0,968682377 | 1,04 | 0,96868238 | 265,99 | 0,00 |
| Perigueux | 265,3 | 276 006 | 0,961310027 | 1,04 | 0,96131003 | 265,33 | 0,00 |
| Epinal | 358,8 | 280 586 | 1,278730697 | 1,04 | 1,04 | 291,81 | -66,98 |
| Poitiers | 344,0 | 284 874 | 1,207485976 | 1,04 | 1,04 | 296,27 | -47,71 |
| Chartres | 328,2 | 290 497 | 1,129837818 | 1,04 | 1,04 | 302,12 | -26,10 |
| St Nazaire | 328,2 | 291 867 | 1,124510857 | 1,04 | 1,04 | 303,54 | -24,67 |
| Roubaix | 368,5 | 292 640 | 1,259393518 | 1,04 | 1,04 | 304,35 | -64,20 |
| Chambery | 350,0 | 299 539 | 1,16834972 | 1,04 | 1,04 | 311,52 | -38,45 |
| Albi | 322,1 | 300 383 | 1,072440533 | 1,04 | 1,04 | 312,40 | -9,74 |
| Quimper | 335,2 | 301 978 | 1,110043092 | 1,04 | 1,04 | 314,06 | -21,15 |
| St Lo | 337,5 | 322 448 | 1,046620864 | 1,04 | 1,04 | 335,35 | -2,13 |
| Valenciennes | 446,8 | 325 746 | 1,371638313 | 1,04 | 1,04 | 338,78 | -108,03 |
| Le Havre | 451,4 | 338 070 | 1,335101906 | 1,04 | 1,04 | 351,59 | -99,76 |
| Brest | 398,7 | 351 444 | 1,134564731 | 1,04 | 1,04 | 365,50 | -33,23 |
| Metz | 426,3 | 359 038 | 1,18720111 | 1,04 | 1,04 | 373,40 | -52,85 |
| Mulhouse | 458,1 | 361 339 | 1,267677954 | 1,04 | 1,04 | 375,79 | -82,27 |
| Beauvais | 437,6 | 369 465 | 1,184481431 | 1,04 | 1,04 | 384,24 | -53,38 |
| Dijon | 469,0 | 371 016 | 1,26419552 | 1,04 | 1,04 | 385,86 | -83,18 |
| Valence | 441,2 | 387 238 | 1,139382898 | 1,04 | 1,04 | 402,73 | -38,48 |
| Le Mans | 445,4 | 388 013 | 1,148017909 | 1,04 | 1,04 | 403,53 | -41,91 |
| Perpignan | 360,5 | 389 891 | 0,92470756 | 1,04 | 0,92470756 | 360,54 | 0,00 |
| Bourg en Bresse | 448,7 | 396 558 | 1,131503025 | 1,04 | 1,04 | 412,42 | -36,29 |
| Macon | 476,5 | 398 827 | 1,194814549 | 1,04 | 1,04 | 414,78 | -61,74 |
| Angers | 448,7 | 399 208 | 1,123904788 | 1,04 | 1,04 | 415,18 | -33,50 |
| St Brieuc | 447,8 | 406 080 | 1,102695918 | 0,93 | 0,93 | 377,65 | -70,13 |
| Reims | 531,4 | 407 783 | 1,303248114 | 0,93 | 0,93 | 379,24 | -152,20 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Evreux | 530,8 | 416 192 | 1,275267847 | 0,93 | 0,93 | 387,06 | -143,70 |
| Strasbourg | 564,0 | 417 777 | 1,349985157 | 0,93 | 0,93 | 388,53 | -175,46 |
| Nancy | 563,9 | 428 215 | 1,316773831 | 0,93 | 0,93 | 398,24 | -165,62 |
| Tours | 493,9 | 428 420 | 1,152757074 | 0,93 | 0,93 | 398,43 | -95,43 |
| La Roche s/Yon | 466,8 | 428 983 | 1,088126168 | 0,93 | 0,93 | 398,95 | -67,83 |
| Rouen | 617,6 | 439 442 | 1,405393933 | 0,93 | 0,93 | 408,68 | -208,91 |
| Amiens | 595,0 | 443 642 | 1,341093857 | 0,93 | 0,93 | 412,59 | -182,38 |
| La Rochelle | 505,6 | 449 301 | 1,125226025 | 0,93 | 0,93 | 417,85 | -87,72 |
| Avignon | 471,5 | 451 021 | 1,045315751 | 0,93 | 0,93 | 419,45 | -52,01 |
| Clermont Ferrand | 673,3 | 470 496 | 1,431007748 | 0,93 | 0,93 | 437,56 | -235,72 |
| Orléans | 552,6 | 472 517 | 1,169446392 | 0,93 | 0,93 | 439,44 | -113,14 |
| Caen | 593,1 | 493 443 | 1,202042267 | 0,93 | 0,93 | 458,90 | -134,24 |
| St Etienne | 608,3 | 496 759 | 1,224570763 | 0,93 | 0,93 | 461,99 | -146,33 |
| Annecy | 545,1 | 502 877 | 1,083899677 | 0,93 | 0,93 | 467,68 | -77,39 |
| Lens | 561,9 | 505 237 | 1,11206957 | 0,93 | 0,93 | 469,87 | -91,99 |
| Vannes | 584,2 | 525 326 | 1,11214895 | 0,93 | 0,93 | 488,55 | -95,69 |
| Lille | 658,4 | 551 138 | 1,194529668 | 0,93 | 0,93 | 512,56 | -145,79 |
| Nimes | 566,7 | 606 400 | 0,934491311 | 0,89 | 0,89 | 539,70 | -26,98 |
| Nantes | 725,9 | 643 281 | 1,128373944 | 0,89 | 0,89 | 572,52 | -153,34 |
| Montpellier | 600,6 | 671 798 | 0,894061229 | 0,89 | 0,89 | 597,90 | -2,73 |
| Rennes | 770,3 | 684 943 | 1,124659685 | 0,89 | 0,89 | 609,60 | -160,73 |
| Grenoble | 779,8 | 752 544 | 1,036194044 | 0,89 | 0,89 | 669,76 | -110,02 |
| Evry | 1 291,8 | 909 213 | 1,420816103 | 0,89 | 0,89 | 809,20 | -482,62 |
| Toulon | 840,5 | 909 624 | 0,924019524 | 0,89 | 0,89 | 809,56 | -30,94 |
| Cergy Pontoise | 1 255,2 | 919 528 | 1,365046527 | 0,89 | 0,89 | 818,38 | -436,82 |
| Creteil | 1 431,0 | 974 539 | 1,468352598 | 0,89 | 0,89 | 867,34 | -563,63 |
| Melun | 1 129,7 | 982 509 | 1,149820729 | 0,89 | 0,89 | 874,43 | -255,28 |
| Toulouse | 1 094,6 | 1 022 113 | 1,070870632 | 0,89 | 0,89 | 909,68 | -184,87 |
| Nice | 1 043,8 | 1 030 947 | 1,012426934 | 0,89 | 0,89 | 917,54 | -126,22 |
| Versailles | 1 472,3 | 1 048 514 | 1,404132871 | 0,89 | 0,89 | 933,18 | -539,08 |
| Bordeaux | 1 171,3 | 1 081 663 | 1,082909351 | 0,89 | 0,89 | 962,68 | -208,66 |
| Lyon | 1 422,7 | 1 223 501 | 1,162781209 | 0,89 | 0,89 | 1 088,92 | -333,75 |
| Bobigny | 1 821,4 | 1 236 655 | 1,472805651 | 0,89 | 0,89 | 1 100,62 | -720,73 |
| Nanterre | 1 755,1 | 1 382 760 | 1,269299044 | 0,89 | 0,89 | 1 230,66 | -524,48 |
| Paris | 2 759,6 | 1 771 787 | 1,557496079 | 0,89 | 0,89 | 1 576,89 | -1 182,66 |
| Marseille | 2 278,3 | 2 069 855 | 1,10071103 | 0,89 | 0,89 | 1 842,17 | -436,14 |
| **Total** | **58 905,7** | 48 958 807 | | | **0** | **46 945,61** | **-11 960,13** |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

# Sommaire - Annexe 3

**ANNEXE 3 : LA QUALITE DE SERVICE ..... 171**

1. LA QUALITE DE SERVICE S'AMELIORE GLOBALEMENT. SI SEULEMENT QUATRE DES OBJECTIFS DE LA COG ONT ETE ATTEINTS EN 2008, LA PLUPART DES RESULTATS SONT PROCHES DES OBJECTIFS ..... 171

*1.1. Des progrès sur presque tous les indicateurs mais des résultats très insuffisants sur les indemnités journalières et le remplacement de la carte vitale ..... 171*

*1.2. La dispersion des résultats est plus ou moins forte selon les indicateurs ..... 174*

*1.3. Les autres démarches d'amélioration de la qualité de service ..... 175*

2. UNE OFFRE DE SERVICES QUI S'EST ENRICHIE ..... 175

*2.1. Les « parcours attentionnés » sont déployés de manière inégale et n'ont fait l'objet d'aucune évaluation ..... 175*

*2.2. Des services internet qui s'enrichissent mais dont les gains en efficacité et en efficience restent entièrement à concrétiser ..... 178*

*2.3. De nouvelles modalités d'accueil ..... 180*

*2.4. Le renforcement qualitatif des relations avec les employeurs et les professionnels de santé se poursuit ..... 180*

# Annexe 3 : La qualité de service

[631] La qualité de service est un axe important du projet d'entreprise et de la convention d'objectif et de gestion 2006-2009. C'est d'abord un objectif de l'assurance maladie à l'égard de ses assurés. Mais c'est aussi, dans une acception plus large, comme le précise justement le projet d'entreprise, un outil au service de la gestion du risque. En effet le développement d'une offre de services sur internet et l'élargissement des informations mises à disposition des assurés (sur les tarifs par exemple) et des professionnels de santé (historique des remboursements) sont de nature à rendre leurs sollicitations et leurs interventions plus justifiées.

## 1. LA QUALITE DE SERVICE S'AMELIORE GLOBALEMENT. SI SEULEMENT QUATRE DES OBJECTIFS DE LA COG ONT ETE ATTEINTS EN 2008, LA PLUPART DES RESULTATS SONT PROCHES DES OBJECTIFS

[632] Toutes les caisses sont dorénavant certifiées ISO au moins sur une partie de leur champ. L'objectif d'une certification de toutes les caisses sur l'ensemble des processus devrait être atteint fin 2009, à l'exception peut-être des caisses qui sont engagées dans des opérations de fusion.

### *1.1. Des progrès sur presque tous les indicateurs mais des résultats très insuffisants sur les indemnités journalières et le remplacement de la carte vitale*

[633] Si seulement quatre objectifs sont atteints la plupart des indicateurs sont proches des cibles fixées. On notera cependant que s'agissant des délais de règlement des indemnités journalières et des délais de remplacement de la carte vitale les résultats ne se sont pas améliorés.

Tableau 78 : Résultats et objectifs des indicateurs de qualité de service en 2007 et 2008

| | 2007 | 2008 | 0bjectif COG 2008 | Objectif atteint ? |
|---|---|---|---|---|
| Délai de remboursement des FSE aux Assurés | 7,1 | 6,9 | 7 jours pour 90% | Oui |
| Taux de FSE+EDI | 82,7% | 84,6% | 83% | Oui |
| Taux de rejet IRIS | 2,7% | 2,6% | <2,5% | Non |
| Délai de règlement à l'assuré de la 1ière IJ maladie non subrogée | 45,3 jours pour 80% des dossiers | 46 j pour 80% des dossiers | <=30j pour 80% des dossiers | Non |
| Délai de remplacement de la carte vitale | 95,8% | 86,4% | délai moyen inférieur ou égal 21 j | Non |
| Taux de certification des ayants-droits | 98,5% | 98,6% | 97% | Oui |
| taux de décroché téléphonique | 89,9% | 87,3% | 90% | Non |
| Indice de satisfaction Assurés | | 7,2 | 7,3 | Non |
| Indice de satisfaction Professionnels de Santé | | 6,6 | 6,8 | Non |
| Indice de satisfaction Employeurs | | 6,7 | 6,9 | Non |
| Délai de traitement des réclamations | Neutralisé | Neutralisé | 21j pour 90% des cas | |
| Offre de téléservices assurés (% d'assurés ayant fait au moins une connexion au service) (*) | Neutralisé | 7,5% | 10% | Non |
| Offre de téléservices professionnels de santé (% de professionnels de santé ayant fait au moins une connexion au service) (*) | 27,1% | 51,7% | 40% | Oui |
| Offre de téléservices employeurs (% de professionnels de santé ayant fait au moins une connexion au service(*) | 9,14% | 31,70% | 15% | Oui |

*Source : COG, CNAMTS : CPG ;( *) : ces trois objectifs n'ont pas été fixés dans la COG qui s'en tenait à un engagement général. La CNAMTS les a déterminé pour les exercices 2007 à 2009 et les a fait figurer ans les contrats pluriannuels de gestion*

### 1.1.1. Les performances en matière de délai de paiement de la première indemnité journalière non subrogée sont faibles, mais l'indicateur souffre de quelques limites

[634] La performance réalisée par la branche maladie en matière de délai de versement de la première indemnité journalière (IJ) non subrogée est très nettement inférieure à l'objectif fixé. Cette faible performance s'accompagne d'une dispersion assez forte des résultats entre les caisses (cf. tableau 2).

[635] Il est difficile de déterminer les causes de ces résultats. Il est vrai que la computation du délai, qui court entre la date de l'arrêt de travail et la date de mandatement de la première indemnité journalière renvoie à la responsabilité de la CPAM mais aussi à celle des employeurs. C'est une source de confusion, qui ne permet pas de distinguer les responsabilités de chaque acteur.

[636] Néanmoins du point de vue de l'assuré seul ce délai compte. Il est donc logique que ce délai soit suivi. Néanmoins les caisses ne peuvent être comptables que de la part sur laquelle elles peuvent agir avec leurs propres moyens.

**Recommandation n°39 : Maintenir l'objectif de délai de paiement de la première IJ non subrogée. Ajouter un indicateur de temps de traitement par les caisses, calculé entre la date de réception du dossier par la CPAM et le versement de la première IJ non subrogée.**

### 1.1.2. La carte VITALE 2

[637] On notera également la dégradation de la performance en matière de remplacement de la carte Vitale qui renvoie aux difficultés globales du dispositif de distribution des cartes.

[638] Les nouvelles modalités de diffusion de la carte Vitale 2 avec l'envoi à l'assuré, par le numériseur, d'un formulaire de collecte de la photographie ont modifié le processus de diffusion.

[639] Il est difficile de comparer les délais de diffusion avant et après la mise en place de la carte Vitale 2. En outre le rôle des CPAM dans la procédure est dorénavant moins important. Dans la mesure où elles ne maitrisent pas la totalité de la chaine, l'indicateur se heurte à la même limite que l'indicateur de délai de versement de la première indemnité journalière.

[640] Par ailleurs, un certain nombre de demandes de cartes Vitale ont été bloquées suite à des anomalies techniques du système d'information. Un dispositif de rattrapage est en cours.

**Recommandation n°40 : En complément de l'indicateur prévu à la COG, la CNAMTS, devrait suivre un indicateur sur le délai de délivrance de la carte VITALE 2 imputable aux seules caisses.**

**Réponse de l'organisme :** *La mission estime qu'en complément de l'indicateur prévu à la COG, la CNAMTS, devrait suivre un indicateur sur le délai de délivrance de la carte VITALE 2 imputable aux seules caisses. La CNAMTS est en phase de déploiement d'outils automatisés permettant de mieux isoler le délai de délivrance de la carte Vitale 2 qui relève des caisses.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

### 1.1.3. Les indicateurs de satisfaction posent des problèmes d'utilisation

[641] Pour compléter le panel d'indicateurs sur la qualité de service, la CNAMTS a mis en place des indicateurs de satisfaction. Démarche intéressante et complétant utilement la batterie d'indicateurs en place, la recherche d'une mesure de la perception par les assurés du service rendu est en soi très positive et source d'enseignements.

[642] Néanmoins les caisses visitées par la mission ont toutes rapporté des difficultés de compréhension et d'utilisation de ces indicateurs.

[643] En effet la variabilité des résultats, d'une période à une autre, d'un site à un autre, est à l'origine de difficultés d'interprétation. L'exemple le plus frappant est celui des plateformes téléphoniques. Aujourd'hui étant toutes mutualisées, les appels sont traités de manière banalisée, c'est-à-dire indépendamment de la CPAM d'affiliation. Pourtant l'indice de satisfaction des usagers peut être très différent parmi les caisses qui participent à la plateforme.

[644] D'une manière générale, les caisses semblent parfois démunies pour identifier les leviers d'action qu'elles doivent mobiliser pour améliorer leurs résultats.

[645] Le calcul de cet indicateur est réalisé sur la base d'un sondage. Une partie des difficultés semble tenir à la fiabilité de l'échantillon utilisé. On notera d'abord que les personnes interrogées n'ont pas forcément été en contact avec l'assurance maladie. Ensuite, la composition de l'échantillon peut varier sensiblement dans le temps et expliquer des écarts d'une année sur l'autre.

**Recommandation n°41 : Faire évoluer les indicateurs de satisfaction de sorte que les résultats soient lisibles et que les caisses identifient mieux les leviers d'amélioration mobilisables**

### *1.2. La dispersion des résultats est plus ou moins forte selon les indicateurs*

Tableau 79 : Dispersion des résultats des principaux indicateurs de qualité de service en 2008

| | Moyenne | Médiane | Ecart-type | Plage | Min. | Max. | Taux de dispersion (écart type/moyenne) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Délai de remboursement des FSE aux Assurés | 6,77 | 6,80 | 0,43 | 2,90 | 5,80 | 8,70 | 6,40% |
| Taux de FSE+EDI | 84,83% | 84,84% | 2,31% | 13,58% | 77,87% | 91,45% | 2,73% |
| Taux de rejet IRIS | 2,45% | 2,42% | 0,34% | 2,18% | 1,74% | 3,92% | 13,74% |
| Délai de règlement à l'assuré de la 1ière IJ maladie non subrogée | 43,36 | 42,00 | 9,76 | 60,00 | 21,00 | 81,00 | 22,50% |
| Délai de remplacement de la carte vitale | 86,38% | 88,24% | 10,37% | 69,48% | 30,00% | 99,48% | 12,01% |
| Taux de certification des ayants-droits | 98,82% | 98,94% | 0,70% | 3,75% | 96,14% | 99,90% | 0,71% |
| taux de décroché téléphonique | 90,73% | 92,31% | 6,27% | 48,25% | 48,25% | 96,51% | 6,91% |
| Indice de satisfaction Assurés | 7,11 | 7,11 | 0,15 | 0,74 | 6,75 | 7,49 | 2,06% |
| Indice de satisfaction PS | 6,90 | 6,93 | 0,26 | 1,52 | 5,92 | 7,44 | 3,74% |
| Indice de satisfaction Employeurs | 6,65 | 6,67 | 0,23 | 1,31 | 5,85 | 7,16 | 3,41% |
| Offres téléservices assurés | 6,90% | 6,80% | 1,45% | 7,68% | 4,13% | 11,82% | 21,06% |
| Offres téléservices PS | 50,89% | 48,51% | 11,11% | 55,35% | 29,92% | 85,28% | 21,83% |
| Offres téléservices employeurs | 33,50% | 33,06% | 5,23% | 27,17% | 19,32% | 46,49% | 15,60% |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

[646] Les taux de dispersion que l'on peut observer sur les indicateurs de qualité de service sont faibles dans leur ensemble. Cela démontre une homogénéité assez forte sur l'ensemble du territoire. En particulier on peut voir l'impact de la dématérialisation sur la qualité de service. Ainsi les délais de remboursement des FSE aux assurés sont très proches d'une caisse à l'autre.

[647] On relèvera néanmoins une dispersion plus importante sur trois objectifs. Il s'agit en premier lieu du développement de l'offre de téléservices, qu'il s'agisse des assurés, des employeurs ou des professionnels de santé. Le déploiement récent de ces services peut expliquer la persistance d'écart assez important entre les caisses. Compte tenu de l'effet de levier de ces téléservices à la fois sur la qualité de service mais aussi sur l'organisation et la productivité, c'est un axe de progrès important.

**Réponse de l'organisme :** *La Cnamts a porté dans les CPG 2009 des objectifs de montée en charge des téléservices différenciés selon les organismes en fonction de leurs résultats au 31/12/2008. A titre d'exemple, pour les téléservices relatifs aux assurés, le taux d'effort demandé est varie en fonction du résultat 2008 : - Pour une partie des caisses, une hausse de 5 points est prise en compte par rapport à leur taux de 2008 (exemple : caisse d'Auxerre : taux 2008 5,49% ; + 5 points : 10,49% ; -Pour les autres caisses, l'objectif est une progression de 6,5 points. Enfin, des objectifs communs ont été fixés aux caisses appelées à fusionner.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[648] On observe également une qualité de service assez variable en matière de délai de paiement de la première IJ non subrogée et de délai de remplacement de la carte VITALE. S'agissant du premier, comme la mission l'a relevé (cf. Supra), cette dispersion n'est pas que la conséquence des différences d'organisation entre caisses mais aussi de pratiques des employeurs.

**Recommandation n°42 : Fixer un objectif de réduction des écarts entre caisses quant au déploiement de tous les téléservices**

### *1.3. Les autres démarches d'amélioration de la qualité de service*

#### 1.3.1. Les outils de gestion de la relation client sont en place

[649] L'amélioration de la qualité des contacts avec les assurés de l'assurance maladie suppose un suivi formalisé des échanges. Cette exigence de formalisation des contacts devient d'autant plus importante avec le développement d'une offre multicanal s'appuyant sur l'accueil physique, les plateformes téléphoniques ou encore les services internet.

[650] Le développement des outils de gestion de relation client (GRC) est donc un enjeu important de qualité et d'efficacité. Sans attendre l'existence d'une solution nationale certaines caisses avaient d'ailleurs mis en place des solutions locales. Une solution nationale (MEDIALOG) a depuis été lancée. La version 8 de cet outil est déployée dans l'ensemble des caisses depuis la fin du premier semestre 2009.

#### 1.3.2. Le processus d'amélioration de la rédaction des courriers n'est pas encore achevé

[651] La convention d'objectifs et de gestion prévoyait une amélioration de la rédaction des courriers. Si ce travail a effectivement débuté, il est regrettable qu'il n'ait pu être achevé dans le temps de la COG. Une charte rédactionnelle pour normaliser les modalités de rédaction des courriers à destination des assurés est en cours de réalisation. Elle devrait être finalisée pour la fin de l'année 2009. La remise à jour des courriers adressés aux assurés pourra alors être engagée en fonction des priorités (degré d'importance du courrier, faisabilité technique).

[652] Concernant les professionnels de santé, les travaux d'amélioration sont plus avancés. La charte rédactionnelle pour les professionnels de santé a été rédigée. Elle a permis la remise à jour d'une partie des courriers à destination des professionnels de santé. La révision de tous les courriers devrait être achevée d'ici la fin de l'année 2009.

## 2. UNE OFFRE DE SERVICES QUI S'EST ENRICHIE

### *2.1. Les « parcours attentionnés » sont déployés de manière inégale et n'ont fait l'objet d'aucune évaluation*

[653] Conformément aux engagements de la COG, la CNAMTS a mis en œuvre, pour certains publics depuis plusieurs années, des services dits attentionnés. Il s'agit de répondre aux besoins et aux attentes spécifiques des assurés ou des professionnels de santé.

[654] Même si les informations obtenues ne sont pas suffisantes pour juger pleinement de ce qui a été fait, la mission tient à souligner d'abord les progrès réalisés en la matière.

[655] Elle constate néanmoins que tous les services attentionnés rencontrent les mêmes difficultés. Ils sont en général déployés inégalement sur le territoire. Par ailleurs leur mise en œuvre peut être différente d'une caisse à l'autre. En outre tous souffrent d'une absence d'évaluation.

**Recommandation n°43 : Accélérer le déploiement des parcours attentionnés. Les évaluer.**

### 2.1.1. L'accompagnement de l'installation des médecins fait l'objet d'une intervention coordonnée avec la branche recouvrement

[656] L'accompagnement des jeunes médecins dans leur installation consiste à les aider dans leurs démarches administratives mais aussi dans le choix de leur lieu d'installation notamment à l'aide d'études de marché.

[657] Près de 80% des CPAM proposent ce service déployé depuis juin 2007 et qui rencontre un écho positif auprès des professionnels. En effet depuis le lancement près de 5 000 jeunes médecins en ont bénéficié. Cela représente en 2007 un peu moins de la moitié des nouveaux inscrits. Les enquêtes de satisfaction réalisées par la CNAMTS montrent que le service est apprécié.

[658] Rappelons que lors de son installation le professionnel de santé doit s'inscrire à l'ordre (pour les professionnels concernés), faire valider son diplôme auprès de la DDASS, s'inscrire auprès de la CPAM puis auprès du centre de formalité des entreprises de l'URSSAF. La mise en œuvre de ce parcours se fait en partenariat avec la branche recouvrement. La CPAM joue un rôle pivot en étant l'interlocuteur des professionnels de santé. Lors du premier contact avec le professionnel, la CPAM réalise une coordination des contacts avec le régime général. Elle prend les rendez-vous pour les deux organismes et en informe l'URSSAF.

[659] La CNAMTS envisage une extension aux infirmières, aux masseurs kinésithérapeutes, voire aux médecins remplaçants.

### 2.1.2. Le « parcours d'accompagnement » des femmes enceintes est inégalement déployé

[660] Depuis 2007, un dispositif d'information composé de trois guides a été mis en place. Il est adressé à chaque femme ayant fait une déclaration de grossesse. Ces guides donnent les informations essentielles aux étapes clés de la grossesse.

[661] En complément, des visites des délégués de l'assurance maladie (DAM) ont été réalisées auprès des professionnels de santé pour faciliter les échanges patients/professionnels sur les facteurs de risque.

[662] Par ailleurs ces guides qui donnent des informations de santé publique mais rappellent aussi les démarches administratives et les droits des assurées, devraient être adressés à toutes les femmes enceintes. A terme il est prévu que le service soit enrichi d'un outil de simulation des indemnités journalières.

[663] La mission note que seulement 60% des caisses déclarent avoir proposé ce service. Même si la montée en charge peut expliquer ce niveau de déploiement, la CNAMTS devrait maintenant s'attacher à poursuivre la généralisation à toutes les caisses.

[664] Par ailleurs certaines d'entre elles ont décidé de ne le proposer qu'aux populations les plus fragiles (femmes précaires, ou très jeunes femmes). Il conviendrait que toutes les caisses primaires diffusent ce guide à toutes les femmes enceintes.

### 2.1.3. La mise en place du service attentionné « passage en invalidité » est récente

[665] Diffusé depuis mars 2009, ce service attentionné vise d'abord à apporter une information sur les droits et devoirs des personnes invalides. Une aide personnalisée à la constitution du dossier est proposée. Le service social traite les conséquences de l'invalidité sur la situation sociale et professionnelle et peut proposer un accompagnement complémentaire aux personnes les plus en difficulté. Suivant les besoins des personnes en invalidité, une orientation vers des partenaires peut être proposée.

[666] A terme l'offre devrait être enrichie par un transfert automatique du relevé de carrière entre la CPAM, la CRAM et la CNAV. Ce relevé de carrière devrait faire l'objet d'une intégration dans l'outil de gestion des carrières.

[667] La mise en place de ce parcours qui répond à une des observations du rapport IGAS de 2006 [37] est trop récente pour porter une appréciation.

#### 2.1.4. Le parcours attentionné CMUC a certainement contribué à l'augmentation récente du nombre de recours à l'aide financière à l'acquisition d'une complémentaire santé

[668] Un des enjeux de la CMUC est l'accès aux droits. En effet, l'aide financière à l'acquisition d'une complémentaire santé reste assez mal connue des publics concernés, expliquant, au moins pour partie, qu'elle n'ait pas rencontré l'écho attendu. Informer les bénéficiaires potentiels de la CMUC est donc une priorité. Le service attentionné poursuit cet objectif. Pour cela la CPAM adresse un courrier personnalisé aux personnes potentiellement concernées. Ce courrier est accompagné d'un guide qui rappelle les droits et les services dont peut bénéficier le titulaire.

[669] Un travail d'information des professionnels de santé sur l'offre de service destinée aux assurés est également réalisé. Les professionnels de santé sont également informés des services dont ils peuvent bénéficier comme la garantie de paiement de la FSE en cas de tiers payant, ou encore la consultation des droits des patients depuis le compte AMELI.

[670] On constate une accélération des ouvertures de droits à compter de septembre 2008 (autour de 53 000 mensuelles en moyenne, chiffre à comparer aux 40 000 constatées en moyenne sur la même période un an plus tôt). Le taux d'utilisation des attestations ressort désormais à près de 75 %. Ce chiffre s'établissait à 65 % fin 2007.

#### 2.1.5. Des progrès ont été faits dans les procédures de mutations entre CPAM, mais des efforts importants restent à réaliser pour les changements inter régime

[671] Jusque là, en cas de changement de CPAM d'affiliation, l'assuré devait adresser un dossier complet à sa nouvelle caisse. Depuis la mise en place de cette nouvelle procédure il n'a qu'à transmettre les informations relatives à sa nouvelle adresse, son médecin traitant et éventuellement ses coordonnées bancaires, le reste des informations faisant l'objet d'un transfert automatisé entre les CPAM.

[672] Corollairement les opérations de mutation ont été aussi été facilitées pour les caisses grâce à la mise en place d'un transfert électronique du dossier de l'assuré qui limite les opérations de ressaisie par la caisse de destination.

[673] Par contre le changement de régime reste aussi peu performant faisant toujours l'objet d'une transmission du dossier papier, avec les difficultés de complétude du dossier, puis une ressaisie par la caisse de destination. Un projet de transfert automatique des informations émises dans le cadre de la mutation inter - régimes (assurance maladie obligatoire) via le PCIR (Point Central Inter régimes) devrait permettre d'automatiser l'émission et la réception des informations échangées entre unités de rattachement cédantes et prenantes, d'accélérer les échanges entre unités de rattachement afin d'aboutir plus rapidement à la mutation des cartes, et d'économiser les frais d'affranchissement en évitant les envois postaux. Il est prévu de déployer cette solution à partir de 2010.

**Recommandation n°44 : Fixer dans la future COG un objectif de fin du déploiement du transfert automatique de données pour les changements inter régimes**

[37] La prise en charge de l'invalidité : perspectives financières et positionnement du dispositif, rapport n° RM 2006-200P, IGAS, 2006

#### 2.1.6. Un parcours attentionné de reprise du travail

[674] L'objet du service attentionné serait la prévention de la désinsertion professionnelle dans son acception la plus large. Il couvrirait donc en priorité, le maintien dans l'emploi ou le reclassement dans la même entreprise, mais aussi, lorsque l'entreprise est dans l'incapacité de proposer une solution de reclassement, l'orientation vers une autre activité professionnelle ou un autre secteur.

[675] La mise en place de ce parcours contribuerait aux politiques publiques développées pour promouvoir l'employabilité des personnes et notamment des salariés les plus exposés au risque de précarité. En effet, l'allongement de la vie professionnelle conjuguée au vieillissement de la population salariée milite en faveur d'une détection et d'un accompagnement les plus précoces possibles des assurés en difficulté afin de permettre la construction d'un nouveau parcours professionnel.

[676] Cette action s'inscrirait dans le cadre de la politique de gestion du risque des deux branches AT-MP et maladie-invalidité, la prévention de la désinsertion professionnelle permettant la maîtrise des indemnités journalières en limitant l'allongement des arrêts de travail ou la chronicisation de certaines pathologies.

[677] L'intérêt de ce parcours est d'autant plus fort que la désinsertion professionnelle repose en partie sur l'implication et la mobilisation des multiples acteurs institutionnels et des différents services de l'assurance maladie (service médical, service social, service prévention, services administratifs AT-MP et maladie). Ces actions devraient impérativement se coordonner avec les actions conduites localement pas les autres acteurs sociaux (médecins du travail notamment) et le service public de l'emploi.

**Recommandation n°45 : Fixer un objectif de déploiement du parcours de désinsertion professionnelle et intégrer l'objectif de partenariat avec les services ou collectivités publiques concernés.**

### *2.2. Des services internet qui s'enrichissent mais dont les gains en efficacité et en efficience restent entièrement à concrétiser*

[678] Le développement d'une offre de téléservices sur internet répond à une exigence d'enrichissement du contenu de services proposés aux professionnels de santé, aux assurés et aux employeurs. C'est aussi un enjeu important pour l'efficience de l'organisation pour autant que l'organisation et les systèmes d'information tirent pleinement profit des nouvelles technologies, ce qui n'est pas encore le cas.

#### 2.2.1. Un enrichissement du contenu incontestable mais une diffusion très inégale

[679] L'enrichissement des services proposés via internet est incontestable (cf. infra) et les perspectives ouvertes sont intéressantes. On pourra néanmoins regretter que le rythme de développement ne soit pas plus rapide et que le contenu soit encore loin de ce que proposent des opérateurs de service (mise à jour en ligne, réalisation de transactions, éditions de documents personnels…)

##### 2.2.1.1. Un faible taux d'adhésion pour les assurés

[680] « Mon compte ameli » (www.ameli.fr) a été ouvert en 2007. Il permet à l'assuré de gérer ses dossiers d'Assurance Maladie, de consulter ses informations personnelles, de visualiser ses paiements (remboursements, indemnités journalières,…) ou de contacter sa caisse.

[681] En 2008, de nouveaux services ont été proposés comme le décompte des franchises médicales et de la participation forfaitaire, le relevé mensuel des paiements, ou encore l'envoi automatique à l'assuré d'un courriel pour le prévenir de nouveaux paiements, qu'il peut consulter dans son compte.

[682] En 2009, le service offert aux assurés développera une nouvelle dimension puisque aux informations administratives s'ajouteront des informations spécifiques de prévention selon les catégories d'assurés (suivi de la grossesse, prévention bucco-dentaire pour les familles avec enfants et adolescents, suivi de la vaccination antigrippale pour les seniors…).

[683] Il a été indiqué à la mission que la branche n'étant pas sûre de la capacité de son infrastructure technique à absorber un flux très important, elle n'avait pas recherché un développement rapide. Effectivement le taux de diffusion auprès des assurés reste faible. Au niveau national un peu plus de 7% des assurés sont actifs, c'est-à-dire se sont connectés au moins une fois dans l'année (en décembre 2008 il y avait plus de 2 millions de comptes).

#### 2.2.1.2. Les services destinés aux professionnels de santé bénéficient d'un contenu plus riche et d'une meilleure diffusion

[684] Mis en en place plus tôt que le compte assuré, notamment pour mettre à disposition l'historique des remboursements, le compte du professionnel de santé offre un contenu plus important.

[685] En 2008 l'accès aux services et les échanges avec les caisses ont été simplifiés avec la mise en place du portail "Votre Espace Pro".

[686] En outre les médecins peuvent via ameli.fr faire le suivi des gardes et des astreintes, consulter la liste des patients les ayant choisis comme médecin traitant, accéder aux relevés d'activité et de prescriptions, et aux relevés d'honoraires, ou disposer d'un historique des remboursements plus complet.

[687] De nouveaux services vont être proposés d'ici la fin de l'année 2009, comme le protocole de soins électronique et l'avis d'arrêt de travail dématérialisé pour les médecins libéraux, ou la consultation des droits pour les professionnels de santé hospitaliers.

[688] Au 31 décembre 2008, plus de 28 000 médecins libéraux ont accès aux services de Votre espace pro. Plus de 180 000 comptes professionnels sont actifs, soit le double du nombre de comptes ouverts au 31 décembre de l'année précédente.

#### 2.2.1.3. Malgré une diffusion correcte les téléservices proposés aux employeurs des efforts importants restent à faire pour qu'ils soient profitables à tous

[689] En dehors de la consultation pour suivre leurs comptes AT/MP, les employeurs peuvent réaliser en ligne des déclarations d'accident du travail et des déclarations de salaires pour le paiement des indemnités journalières (DSIJ).

[690] Le service DSIJ a permis l'établissement de 6,7 millions d'attestations depuis sa mise en place fin octobre 2005 dont 2,75 millions pour la seule année 2008. Cela représente approximativement 25% des déclarations.

[691] Ce sont également 114 000 déclarations d'accident du travail reçues depuis la mise en ligne du service en septembre 2008.

[692] De nouveaux services viendront compléter cette offre en 2009, avec par exemple la déclaration de salaires « EDI to EDI » qui devrait simplifier la démarche de l'employeur et favorisant le paiement rapide des indemnités journalières. Il s'agit de doter les logiciels de comptabilité d'un module permettant de générer un fichier de données reprenant les éléments de la déclaration de salaires dans un format que les systèmes d'information de l'assurance maladie sauront reconnaître. Ces logiciels se verront labellisés pour garantir qu'ils utilisent des formats d'échange de données agréés par la branche maladie.

[693] C'est une solution technique qui répond aux limites actuelles de la dématérialisation (pas de lien possible entre les logiciels comptables et les outils de transmission à la branche) et permettra aux CPAM de faire des gains de productivité (cf annexe relative à la productivité). Toutefois cette fonctionnalité ne sera pas disponible rapidement et pour toutes les entreprises. Elle suppose en effet que les éditeurs adaptent leurs produits et diffusent les évolutions. En outre, les discussions n'ont été engagées qu'avec un nombre réduit d'éditeurs. Par ailleurs, les grandes entreprises qui ont souvent des outils propres ou des progiciels de gestion intégrée (PGI) ne pourront pas bénéficier de cette solution. Il faudrait travailler également avec les éditeurs de ces solutions informatiques.

**Recommandation n°46 : La COG devrait comporter des objectifs chiffres concernant la diffusion des téléservices**

### *2.3. De nouvelles modalités d'accueil*

[694] La mission a pu observer dans toutes les caisses visitées des guichets automatiques. Certaines d'entre elles sont aussi en train d'expérimenter des visio guichets. « Visio guichet » est une appellation un peu réductrice. L'intérêt de cette solution ne se limite pas un contact visuel mais permet aussi au technicien de l'assurance maladie de numériser tous les documents de l'assuré et donc de pouvoir donner une réponse immédiate tant sur le fond que sur la complétude du dossier.

[695] Depuis fin 2007, 18 Caisses Primaires se sont portées volontaires pour expérimenter le dispositif de visioguichets. A ce jour, elles offrent, en partenariat avec d'autres services publics, un accueil personnalisé à distance sur 61 Points Visio Publics mis à disposition des usagers, dans des régions à forte densité rurale : Poitou Charente, Basse Normandie, Franche Comté, Midi Pyrénées, Auvergne, Bretagne, Alsace, Rhône-Alpes et PACA.

[696] Dans la très grande majorité des cas, les Caisses ont adhéré à des projets pilotés par les Conseils généraux, régionaux ou par des Communautés de communes. Du côté des assurés et des élus locaux le service est apprécié positivement. On notera néanmoins que la fréquentation est dans certaines caisses faible (un contact par semaine). Cela renvoie certainement à une méconnaissance de ce service de la part des assurés. C'est une modalité d'accueil qu'il faut continuer de développer chaque fois qu'elle présente un intérêt et qu'elle permet d'associer plusieurs services publics, en l'accompagnant d'un dispositif de communication adapté.

### *2.4. Le renforcement qualitatif des relations avec les employeurs et les professionnels de santé se poursuit*

#### 2.4.1. Les « conseillers employeurs », une démarche locale intéressante, à évaluer

[697] On notera avec intérêt que parmi les caisses visitées certaines ont mis en place des « conseillers employeurs ». C'est là une déclinaison possible d'une stratégie nationale consistant à agir sur les facteurs de dépenses.

[698] En mettant en place des « conseillers employeurs » les caisses, en association avec les CRAM, souhaitent sensibiliser les employeurs en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Donner une information détaillée sur la situation de l'entreprise et des éléments de comparaison et déboucher éventuellement sur des conseils en partenariat avec les services compétents est une démarche intéressante. A cette occasion les « conseillers employeurs » doivent aussi inciter les entrepreneurs à s'engager dans la dématérialisation des procédures, en particulier en ce qui concerne les attestations de salaire et les déclarations des accidents de travail.

[699] La mission n'est pas en mesure de porter une réelle appréciation du dispositif. Si elle juge l'initiative digne d'intérêt elle estime qu'elle devrait faire l'objet d'une évaluation pour mesures les bénéfices et les coûts de ce type de service déterminer la suite qui pourrait lui être donnée.

**Recommandation n°47 : Conduire une évaluation du dispositif "conseiller employeur"**

### 2.4.2. Les « conseillers informatique service », un nouveau levier d'action qui doit être encadré

[700] La CNAMTS a également engagé une démarche nationale pour développer et structurer la fonction de Conseiller Informatique Service dont les missions et la finalité seraient les suivantes :

- assurer l'interface entre l'Assurance maladie, les professionnels de santé et les entreprises
- accompagner les professionnels de santé, les établissements et les entreprises dans leur adaptation aux changements liés aux échanges entretenus avec l'Assurance Maladie,
- conseiller les publics sur les conditions d'équipement et les modalités garantissant le respect des normes logicielles et matérielles définies (homologation et agrément…)

[701] La finalité du métier de Conseiller Informatique Service est de contribuer au processus de modernisation et de simplification des échanges des données médico administratives informatisées.

[702] Face aux enjeux liés à la dématérialisation de flux et au potentiel offert par les services internet (cf. supra), il est logique que la CNAMTS souhaite développer de nouveaux leviers d'action pour développer l'informatisation des professionnels de santé. La mission s'interroge sur la pertinence de développer une modalité spécifique de visite des professionnels de santé au sujet de l'informatisation alors que la branche maladie dispose déjà de délégués (les DAM). Elle estime par contre que la fourniture d'un service de support et d'assistance aux médecins présenterait un intérêt. Par ailleurs, cette solution présente aussi un intérêt dans le cadre de la réorganisation de la Direction déléguée aux systèmes d'information (DDSI). Les moyens consacrés à cette nouvelle fonction devraient néanmoins rester modérés.

[703] Plus généralement la mission considère que les fonctions de contact risquent se développer sans réelle cohérence d'ensemble et avec un cloisonnement des dispositifs selon les objectifs poursuivis. Chaque dispositif étant porteur d'un ou plusieurs objectifs, les contacts, en particulier avec les professionnels de santé, se multiplieraient sans garantie quant à la bonne utilisation des moyens et au risque de voir le taux de refus de visite se développer.

[704] Il n'est pas souhaitable de multiplier ces fonctions sans une réflexion d'ensemble sur les relations de la branche maladie avec les professionnels de santé et les employeurs.

**Recommandation n°48 : Réaliser une étude de besoins pour déterminer l'évolution que devraient, en termes de contenu et de modalités, les relations de la branche maladie avec les professionnels de santé et les employeurs.**

# Sommaire - Annexe 4

**ANNEXE 4-1 : L'EXECUTION DES BUDGETS PLURIANNUELS DU FNG ET DU FNASS185**

1. LE BUDGET PLURIANNUEL ATTRIBUE PAR LA COG AU FONDS NATIONAL DE GESTION A ETE FORTEMENT SURESTIME ..... 185

*1.1. Une sous consommation qui atteint plus de 941 millions d'euros de crédits, et s'explique par la surestimation de la base budgétaire et le cumul d'un volume importants de reports .... 185*

*1.2. La sous exécution ne se traduit pas par une mobilisation inutile des fonds publics. Elle n'a pas d'impact sur la LFSS. ..... 190*

*1.3. Il n'y pas au sein de la caisse nationale de fonction budgétaire unifiée ..... 190*

2. L'EXECUTION BUDGETAIRE DU FNASS SE DEGRADE TRES FORTEMENT ..... 191

**ANNEXE 4.2. : LA POLITIQUE DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ..... 197**

1. EVOLUTIONS DES EFFECTIFS ET REMUNERATIONS ..... 197

*1.1. Des erreurs de prévision sur les départs en retraite ont permis à la branche de remplir aisément ses objectifs de réduction des effectifs ..... 197*

*1.2. Dans un contexte général d'excédent de crédits et de baisse des dépenses de personnel, la rémunération moyenne a connu une évolution favorable ..... 198*

2. OUTILS DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ..... 208

*2.1. Des ambitions larges en matière de gestion des ressources humaines ..... 208*

*2.2. Une dynamique de modernisation encore trop timide est en cours ..... 209*

3. PILOTAGE DES RESSOURCES HUMAINES ..... 214

*3.1. Les indicateurs relatifs aux ressources humaines sont relativement pauvres ..... 214*

*3.2. Le dispositif de pilotage donne un rôle d'impulsion à la caisse nationale, encore insuffisamment assumé ..... 214*

*3.3. Un système managérial perfectible ..... 216*

**ANNEXE 4.3 : ELEMENTS DE BILAN ET PERSPECTIVES CONCERNANT LA GESTION DES SYSTEMES D'INFORMATION ..... 219**

1. UNE REORGANISATION DIFFICILE ..... 219

*1.1. Un pilotage réorganisé qui n'impacte qu'assez peu les pratiques. Une fonction ressources humaines sous dimensionnée ..... 219*

*1.2. La réorganisation doit maintenant embrasser la fonction production et l'organisation territoriale ..... 221*

*1.3. Des développements locaux importants et non coordonnés ..... 226*

2. UN RETARD PREOCCUPANT DES OPERATIONS DE PREPARATION DE FUSION DE CAISSES ..... 228

3. LA CNAMTS DOIT SE DOTER D'UN SCHEMA DIRECTEUR DE MOYEN/ LONG TERME ..... 229

*3.1. La cible fonctionnelle et technique reste à déterminer. Elle doit faire l'objet d'une étude de valeur approfondie ..... 229*

*3.2. La mise en œuvre de DIADEME représente un progrès important, mais des efforts sont encore nécessaire pour en tirer pleinement parti* ..... *234*

*3.3. Un plan de travail qui laisse peu de place à des évolutions parfois modestes dont les gains seraient pourtant rapides et significatifs, en matière de contrôle, d'efficience et de liquidation médico administrative* ..... *235*

4. LE PLAN DE CONTINUITE DES ACTIVITES DOIT ETRE ACHEVE ..... 237

5. LE ROLE DES AGENCES REGIONALES DE SANTE EN MATIERE DE GESTION DU RISQUE IMPOSE DE LEUR METTRE A DISPOSITION LES APPLICATIONS NECESSAIRES ..... 238

**ANNEXE 4-3-1 : REPARTITION DES MOYENS ENTRE LES PRINCIPAUX CHANTIERS INFORMATIQUES ..... 239**

**ANNEXE 4.4 : LA FONCTION D'AUDIT INTERNE ..... 241**

1. LE DISPOSITIF DE CONTROLE INTERNE DEJA LARGEMENT DEVELOPPE DEVRAIT ETRE COMPLETE ..... 241

2. UNE FONCTION DE GESTION DES RISQUES DOIT ETRE MISE EN PLACE ..... 242

3. UNE REORGANISATION PERMETTRAIT DE RENFORCER L'AUDIT INTERNE ..... 243

*3.1. L'audit interne, essentiellement tourné vers le réseau, réalise peu de missions sur l'établissement public national* ..... *243*

*3.2. Les moyens de la fonction d'audit interne pourraient être renforcés par une organisation sur un modèle décentralisé* ..... *243*

*3.3. Plusieurs points doivent faire l'objet d'amélioration pour obtenir une plus grande conformité aux normes professionnelles de l'audit interne* ..... *244*

4. L'AUDIT LIE A LA CERTIFICATION DES COMPTES EST DETACHE DE L'AUDIT INTERNE. UNE COORDINATION EST CEPENDANT ASSUREE ..... 247

*4.1. La fonction d'audit liée à la certification des comptes est assurée par la direction financière et comptable* ..... *247*

*4.2. L'articulation avec l'audit général est organisée* ..... *247*

# Annexe 4-1 : L'exécution des budgets pluriannuels du FNG et du FNASS

## 1. LE BUDGET PLURIANNUEL ATTRIBUE PAR LA COG AU FONDS NATIONAL DE GESTION A ETE FORTEMENT SURESTIME

[705] La convention d'objectif et de gestion prévoit en annexe les montants de base du fonds national de gestion (FNG), dans le cadre d'une programmation pluriannuelle.

[706] Le budget de gestion comprend des dépenses limitatives et des dépenses évaluatives (dont la dotation aux amortissements et aux provisions et la contribution AGIRC-ARCCO).

[707] Seules les dépenses de personnel sont actualisées. La correction se fait par la prise en compte de la différence entre le taux d'inflation prévisionnelle hors tabac de l'année (N-1), utilisé pour établir la prévision de base, et le taux d'inflation hors tabac corrigé de l'année N-1 qui figure dans le projet de loi de finances pour l'année N.

[708] Les crédits sont fongibles à l'intérieur des groupes de dépenses limitatives suivants : dépenses de personnel, autres dépenses de fonctionnement, dépenses d'investissement immobilier et autres objets, dépenses d'investissement informatique. Les virements de crédits entre ces groupes de dépenses sont de l'autorité du Directeur général. Pour les virements de crédits des dépenses de personnel vers les autres groupes de dépenses, et des autres dépenses de fonctionnement vers les dépenses d'investissement, une information du contrôleur général doit être réalisée. Tout autre virement fait l'objet d'une décision modificative sou mise au vote du conseil et à l'approbation des services de l'Etat.

[709] Une enveloppe de crédits est ajoutée à la base de référence pour faire face à des évènements imprévisibles. Son utilisation suppose l'autorisation préalable des services de l'Etat.

[710] Les crédits des groupes de dépenses à caractère limitatif, qui sont majoritaires peuvent être reportés sur l'exercice suivant. Par contre les crédits des dépenses évaluatives ne sont pas reportables. Seuls les reports dans des groupes de dépenses différents de celui dont sont issus les crédits supposent l'approbation de l'Etat.

[711] Pour chaque exercice budgétaire, la CNAM fournit 6 tableaux de bord budgétaires.

### *1.1. Une sous consommation qui atteint plus de 941 millions d'euros de crédits, et s'explique par la surestimation de la base budgétaire et le cumul d'un volume importants de reports*

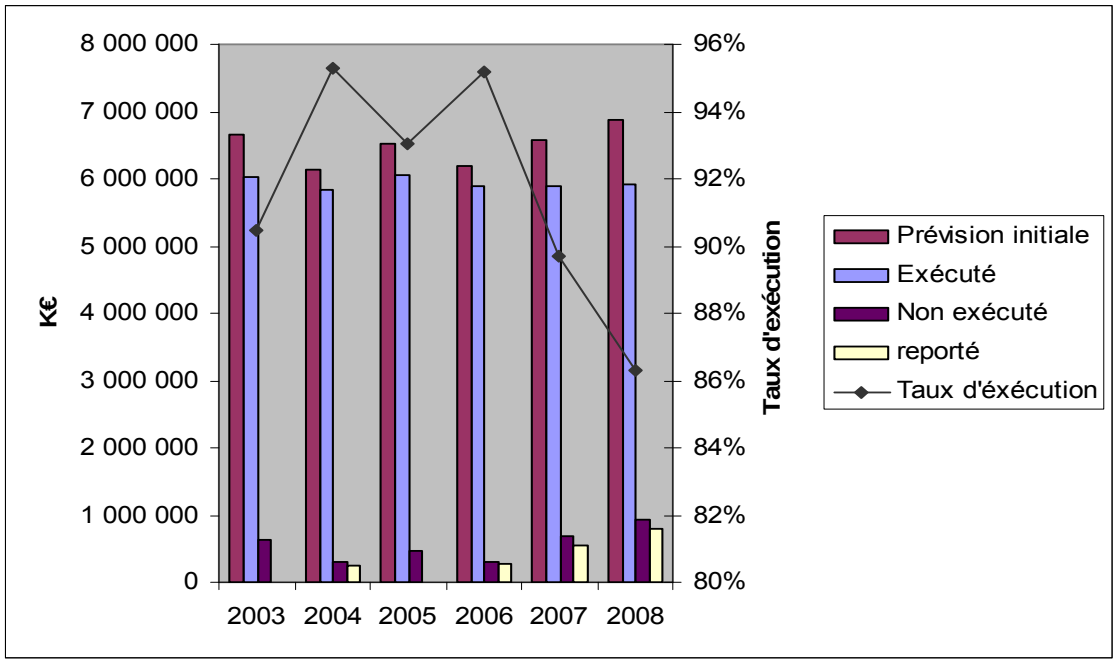
[712] Depuis 2003, l'assurance maladie sous exécute son enveloppe de crédits. Après s'être amélioré entre 2003 et 2004, le taux d'exécution calculé sur la base de la prévision initiale c'est à dire en incluant les reports et transferts, diminue d'année en année. Il est passé de plus de 95% en 2006 à 86% en 2008.

Tableau 80 : Evolution de l'exécution budgétaire sur le fonds national de gestion (gestion administrative et contrôle médical)

| En K€ | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **base COG** | 5 884 055,5 | 6 114 814,0 | 6 152 034,0 | 6 145 170,0 | 6 165 365,0 | 6 165 390,0 |
| **Prévision initiale** | 6 649 317,1 | 6 123 984,0 | 6 511 455,4 | 6 179 150,0 | 6 573 580,0 | 6 870 954,0 |
| **Dont report** | 754 442,9 | 0,0 | 234 860,3 | 0,0 | 270 030,5 | 544 644,6 |
| **Dont transferts, virements** | 10 818,6 | 9 170,0 | 124 561,1 | 33 980,0 | 138 184,5 | 160 919,4 |
| **Exécuté** | 6 015 432,3 | 5 835 300,3 | 6 058 940,8 | 5 880 451,9 | 5 896 684,6 | 5 929 328,7 |
| **Taux d'exécution** | **90,47%** | **95,29%** | **93,05%** | **95,17%** | **89,70%** | **86,30%** |
| **Non exécuté** | 633 884,8 | 288 683,7 | 452 514,6 | 298 698,1 | 676 895,4 | 941 625,3 |
| **Non exécuté - non attribué** | | 203 241,8 | | 178 970,0 | 480 722,2 | 739 514,8 |
| **Non exécuté - non consommés** | | 85 742,7 | | 119 728,0 | 196 133,2 | 202 109,5 |
| **Reporté** | | 234 860,3 | | 270 030,5 | 544 644,6 | 794 694,0 |
| **Rendu** | | 53 823,4 | | 28 667,6 | 132 250,8 | 146 931,3 |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

Graphique 62 :




*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

### 1.1.1. Les bases de la COG sont en décalage par rapport aux besoins

[713] Si le taux d'exécution par rapport à la prévision initiale se dégrade significativement, le taux d'exécution calculé par rapport à la base de la COG reste quant à lui stable aux environs de 96%. C'est l'illustration du décalage entre les bases prévues à la convention d'objectif et de gestion et la réalité des besoins de la branche.

Tableau 81 : Evolution des taux d'exécution par rapport à la base COG

| GA + CM | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|
| **base COG** | 6 114 814,0 | 6 152 034,0 | 6 145 170,0 | 6 165 365,0 | 6 165 390,0 |
| **Prévision initiale (y compris reports et transferts)** | 6 123 984,0 | 6 511 455,4 | 6 179 150,0 | 6 573 580,0 | 6 870 954,0 |
| **Exécuté** | 5 835 300,3 | 6 058 940,8 | 5 880 451,9 | 5 896 684,6 | 5 929 328,7 |
| **Non exécuté** | 2 004,0 | 452 514,6 | 298 698,1 | 676 895,4 | 941 625,3 |
| **Taux d'exécution par rapport à la prévision initiale** | 95,3% | 93,1% | 95,2% | 89,7% | 86,3% |
| **Taux d'exécution par rapport à la base COG** | 95,4% | 98,5% | 95,7% | 95,6% | 96,2% |

*Source : COG, CNAMTS*

### 1.1.2. Les crédits non exécutés ont été très majoritairement reportés, une part très modeste a été rendue

Tableau 82 : Devenir des crédits non exécutés

| **En K€** | **2006** | | **2007** | | **2008** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Montants** | **Taux** | **Montants** | **Taux** | **Montants** | **Taux** |
| Non exécuté | 298 698,1 | 100,0% | 676 895,4 | 100,0% | 941 625,3 | 100,0% |
| *Dont Reporté* | 270 030,5 | 90,4% | 544 644,6 | 80,5% | 794 694,0 | 84,4% |
| *Dont Montant rendu + Dépenses évaluatives non reportées* | 28 667,6 | 9,6% | 132 250,8 | 19,5% | 146 931,3 | 15,6% |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

[714] Les crédits non exécutés ont été largement reportés. La part réaffectée aux exercices suivants se situe entre 80 et 90% suivant les années. C'est le Directeur général de la caisse nationale qui prend la décision de rendre ou de reporter les autorisations de dépenses. Le choix de conserver la plus grande partie des crédits ne se justifie par aucun besoin particulier. La CNAMTS dispose déjà d'une réserve nationale pour faire face aux imprévus. Cette stratégie aboutit à la constitution d'une réserve qui laisse une marge de manœuvre bien trop importante.

[715] Il faut noter qu'une part des crédits non consommés par les caisses sert à financer la prime d'intéressement collectif. En effet, selon les règles fixées au CPG, 20% des crédits de personnel non consommés par les organismes viennent alimenter l'enveloppe d'intéressement. On relèvera toutefois que la prime d'intéressement collectif est plafonnée à 2,5% de la masse salariale hors charges patronales.

[716] Il aurait été plus clair et préférable que le directeur général prenne l'initiative de rendre les autorisations de crédits au fur et à mesure pour qu'elles soient annulées, ou que la DSS au prenne l'initiative de négocier un avenant à la COG.

### 1.1.3. La sous exécution s'explique majoritairement par des crédits non attribués par la CNAMTS à son réseau

[717] Une large part des crédits non exécutés n'ont en fait pas été attribués. En 2008 ces crédits représentaient prés des trois quarts de la non exécution.

[718] Cette rétention d'autorisation de crédits manifeste le souhait de la CNAMTS de ne pas notifier aux organismes du réseau des crédits qui n'ont pas de justification à priori. Elle démontre que l'enveloppe d'autorisations de dépenses, compte tenu de la sous exécution et des règles de report, a été largement surestimée.

[719] La part des crédits attribués et non exécutés s'établit quant à elle entre 20 et 40% des crédits non exécutés suivant les années.

Tableau 83 : Répartition des crédits non exécutés entre crédits non attribués et crédits non consommés

| | 2006 | | 2007 | | 2008 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Montants** | **Taux** | **Montants** | **Taux** | **Montants** | **Taux** |
| **Non exécuté** | 298 698,1 | 100,0% | 676 895,4 | 100,0% | 941 625,3 | 100,0% |
| **Dont non attribués** | 178 970,0 | 59,9% | 480 722,2 | 71,0% | 739 514,8 | 78,5% |
| **Dont non consommés** | 119 728,0 | 40,1% | 196 133,2 | 29,0% | 202 109,5 | 21,5% |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

### 1.1.4. La sous exécution porte essentiellement sur les dépenses de personnel et les autres comptes de fonctionnement

[720] L'examen des taux d'exécution montre que certaines lignes de dépenses sont très mal exécutées. Il en est ainsi de tous les investissements, pour lesquelles la consommation peine à atteindre la moitié des crédits.

Tableau 84 : Répartition des montants non exécutés en 2008

| **En K€** | | **Taux d'exécution** | **Montants non exécutés** |
|---|---|---|---|
| **Charges de personnel** | | 92,9 | 316 967,39 |
| **Autres comptes** | | 80,3 | 302 397,01 |
| **Investissement** | **Hors informatique** | 48,0 | 149 584,25 |
| | **Informatique CNAMTS** | 56,2 | 36 053,37 |
| | **Informatique réseau** | 51,1 | 56 494,18 |
| | **SESAME Vitale** | 31,6 | 32 006,49 |
| **Dépenses à caractère évaluatif** | | | 48 121,64 |
| **Total** | | | **941 624,32** |

*Source : CNAMTS, calculs fait par la mission*

[721] Toutefois, les lignes les plus mal exécutées ne sont pas celles qui pèsent le plus dans le total de la sous exécution du FNG du régime général de l'assurance maladie. En effet, ce sont les dépenses de personnel et les autres comptes de fonctionnement qui représentent, selon les années, entre 61 et 65% de la sous exécution.

[722] Comme le montre le tableau 4 cette part va croissant depuis 2006. C'est aussi vrai sur une période un peu plus longue puisqu'en 2004 les dépenses de personnel et les autres comptes de fonctionnement représentaient 59% des crédits non consommés.

[723] A elles seules les dépenses de personnel représentent un tiers des crédits non exécutés. C'est la traduction de la réduction des effectifs à un rythme supérieur aux prévisions de la COG. On notera qu'en 2004 les dépenses de personnel représentaient déjà un quart des crédits non exécutés.

Tableau 85 : Répartition des crédits non exécutés

| En K€ | | 2006 | | 2007 | | 2008 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Montants | Poids | Montants | Poids | Montants | Poids |
| **Charges de personnel** | | 78 379,06 | 26,2% | 215 167,01 | 31,8% | 316 367,35 | 33,6% |
| **Autres comptes** | | 103 676,78 | 34,7% | 203 673,40 | 30,1% | 302 397,01 | 32,1% |
| **Investissement** | **Hors informatique** | 39 654,97 | 13,3% | 102 307,97 | 15,1% | 149 584,25 | 15,9% |
| | **Informatique CNAMTS** | 25 204,95 | 8,4% | 43 781,95 | 6,5% | 36 053,37 | 3,8% |
| | **Informatique réseau** | 22 755,31 | 7,6% | 64 845,95 | 9,6% | 56 494,18 | 6,0% |
| | **SESAME Vitale** | 359,44 | 0,1% | 18 463,53 | 2,7% | 32 006,49 | 3,4% |
| **Dépenses à caractère évaluatif** | | 28 667,56 | 9,6% | 28 615,62 | 4,2% | 48 121,64 | 5,1% |
| **Total** | | **298 698,06** | **100,0%** | **676 855,43** | **100,0%** | **941 024,28** | **100,0%** |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

[724] En 2008 l'investissement hors informatique représente 16% des crédits non exécutés.

[725] Les dépenses informatiques représentent une faible partie de la sous exécution (10% en 2008 sans compter les dépenses liées à SESAME Vitale). Après avoir augmenté en 2007, les dépenses informatiques non exécutées diminuent en 2008. Cela se traduit par une moindre contribution à la non exécution. Entre 2007 et 2008 leur taux d'exécution est passé, respectivement, de 43% à 74% pour les dépenses de la CNAMTS et de 34% à 48% pour celles du réseau. La meilleure consommation des crédits nationaux est la conséquence d'une réduction importante des crédits initiaux, passés de 77 millions d'euros en 2007 à 62 millions en 2008.

[726] Malgré ces progrès le niveau d'exécution reste faible. Cette situation peut être le reflet de la limite atteinte par la DDSI, dans son organisation actuelle, à conduire tous les projets identifiés en l'absence d'une réelle priorisation des besoins et d'une affectation des moyens en conséquence. Au niveau des projets on relèvera également que les chefs de projet ne sont pas comptables des moyens mis à leur disposition, ce qui peut avoir deux effets pervers. Cela peut conduire les chefs de projet à surestimer leurs prévisions entrainant une sous exécution et au niveau global une mauvaise allocation des moyens. A contrario, il peut aussi y avoir un risque de dépassement des budgets.

Tableau 86 : Répartition des crédits non exécutés de la ligne autres comptes de fonctionnement

| En K€ | 2006 | | 2007 | | 2008 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Montants | Poids | Montants | Poids | Montants | Poids |
| **Autres comptes de fonctionnements des organismes** | 54 335,8 | 52,5% | 93 923,1 | 46,1% | 120 897,1 | 40,0% |
| **SESAME Vitale (fonctionnement)** | 18 463,2 | 17,8% | 35 168,8 | 17,3% | 60 627,0 | 20,0% |
| **Autres contributions** | 1 770,4 | 1,7% | 8 268,5 | 4,1% | 10 451,5 | 3,5% |
| **CNAMTS EP** | 28 118,6 | 27,2% | 48 177,3 | 23,7% | 51 595,6 | 17,1% |
| **DIG FNCM** | 132,1 | 0,1% | 242,0 | 0,1% | 354,4 | 0,1% |
| **Remises de gestion** | 656,7 | 0,6% | 17 893,8 | 8,8% | 58 471,4 | 19,3% |
| **Total** | **103 476,8** | **100,0%** | **203 673,4** | **100,0%** | **302 397,0** | **100,0%** |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

[727] La sous exécution de la ligne « autres comptes de fonctionnement » est très largement imputable aux autres comptes de fonctionnement du réseau (40%), SESAME Vitale (20%) conséquence du retard du projet, et enfin la ligne CNAMTS établissement public.

### *1.2. La sous exécution ne se traduit pas par une mobilisation inutile des fonds publics. Elle n'a pas d'impact sur la LFSS.*

[728] Compte tenu du schéma de dépenses Cette sous exécution n'a pas d'impact en termes de mobilisation des fonds public. Au niveau local, chaque caisse effectue chaque jour deux prélèvements, ou tirages, globaux (un pour la branche maladie, l'autre pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles) sur le compte de l'ACOSS à la Caisse des dépôts via un compte tenu par le trésorier payeur général (TPG). Ces tirages financent l'ensemble des dépenses de prestations et de gestion.

[729] Le montant de ces prélèvements sur le compte de l'ACOSS est déterminé en fonction des prévisions de recettes et de dépenses. Les dépenses de prestations sont déterminées très exactement en fonction des montants ordonnancés. Les dépenses de gestion sont également facilement prévisibles. En outre, les caisses doivent maintenir un solde sur leur compte bancaire aussi proche que possible de zéro. Les soldes positifs éventuels doivent être restitués à l'ACOSS dès le lendemain.

[730] Les dépenses de l'établissement public fonctionnent sur un schéma équivalent.

[731] La sous-exécution du FNG n'a pas non plus d'impact sur la LFSS car ses dépenses sont comptées dans le tableau d'équilibre sur la base d'une prévision par la commission des comptes de la sécurité sociale établie à partir de la consommation, donc des dépenses réellement supportées, de l'année N-1

[732] La difficulté réside plutôt dans l'accumulation d'autorisations de dépenses qui laisse dans les mains de la CNAMTS un potentiel de dépenses très important.

### *1.3. Il n'y pas au sein de la caisse nationale de fonction budgétaire unifiée*

[733] On ne trouve pas au sein de l'établissement public de direction budgétaire unifiée. Par direction budgétaire la mission entend le service qui supervise l'ensemble des questions budgétaires, sans être responsable de la mise en œuvre opérationnelle des crédits, qui est du ressort des directions métiers. Une telle direction joue un rôle de contradiction technique, au moment de l'élaboration du budget et dans sa mise en œuvre, ce qui suppose qu'elle soit indépendante du pilotage opérationnel.

[734] La direction financière et comptable (DFC) ne joue pas ce rôle. Elle ne suit pas les questions budgétaires, ni au moment de leur élaboration ni dans le pilotage.

[735] La fonction budgétaire est en fait partagée entre la DDO, la DDSI et la direction financière du secrétariat général :

- la DDO est l'interlocuteur budgétaire et financier du réseau. L'essentiel des crédits servant à financer le réseau, elle détient un rôle clé ;
- la DDSI suit les crédits informatiques de l'établissement public, en particulier les projets. Elle comprend en son sein une fonction budgétaire portée par le département « dynamique des ressources humaines et des moyens » (DDRHM);
- la direction financière du secrétariat général suit les crédits de l'établissement public CNAMTS à l'exception des crédits informatiques.

[736] Cette organisation pose deux questions. La première porte sur la séparation du pilotage budgétaire du réseau de celui de l'établissement public national. Au niveau national la DDO rapporte directement au directeur général et aux instances sans être soumise à la contradiction technique d'un service tiers. Aux yeux de la mission, ce n'est pas une difficulté. Cette direction joue bien un rôle de direction budgétaire vis-à-vis des organismes du réseau. Prévoir un niveau supplémentaire de discussion technique n'aurait que peu de valeur ajoutée.

[737] L'analyse est assez différente en ce qui concerne les crédits informatiques. Le schéma actuel souffre d'une certaine confusion dans la mesure où la DDSI est celle qui met en œuvre les crédits tout en étant sa propre direction budgétaire, ce qui n'est pas la garantie d'un pilotage efficace.

**Réponse de l'organisme :** *La mission estime que cette organisation soulève deux questions :1/La séparation du pilotage budgétaire du réseau de celui de l'établissement public national, la DDO rapportant directement au DG et aux instances sans être soumise à la contradiction d'un service tiers ; 2/Les crédits informatiques, la DDSI mettant en œuvre ses crédits tout en étant sa propre direction budgétaire. La DDSI contribue au pilotage de l'ensemble des crédits informatiques de l'Assurance maladie : d'une part, avec la DDO pour les budgets des organismes, des centres informatiques et des centres éditiques ; d'autre part avec la mission budgétaire du Secrétariat général pour le budget de l'Etablissement public. Dans ce cadre, le processus d'élaboration budgétaire impose à la DDSI d'argumenter la construction de ce dernier devant le Contrôle de gestion de l'Etablissement public et devant le Secrétariat général, l'arbitrage final étant ensuite rendu par la direction générale. Ce dispositif vaut pour l'élaboration du budget primitif et des budgets rectificatifs. Par ailleurs, tout projet de dépense donne lieu à la rédaction d'une note d'opportunité à destination du Contrôle de gestion de l'Etablissement public et des services budgétaires du Secrétariat général. Comme évoqué en [§ 725], ce dispositif de pilotage partagé se traduit néanmoins « par une moindre contribution à la non exécution » des crédits.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

### 2. L'EXECUTION BUDGETAIRE DU FNASS SE DEGRADE TRES FORTEMENT

[738] Le fonds national d'action sanitaire et sociale permet de financer les dépenses de fonctionnement et les dépenses en capital relatives à l'action sanitaire et sociale ainsi que les dépenses relatives aux actions conventionnelles.

[739] La convention d'objectif et de gestion prévoit en annexe les montants de base du FNASS, sur la base d'une programmation pluriannuelle.

[740] Le budget du FNASS comprend des dépenses limitatives et des dépenses évaluatives. Les dépenses limitatives regroupent la dotation aux caisses pour l'aide au maintien à domicile, pour les subventions de fonctionnement aux associations, les subventions aux associations de la CNAMTS et les subventions affectées. Les prévisions concernant ces dépenses sont révisées chaque année en fonction du taux d'inflation prévisionnel hors tabac.

[741] Si les virements à l'intérieur des 4 groupes de dépenses[38] sont de la compétence du directeur, tous les virements entre les groupes font l'objet d'une décision modificative soumise au vote du conseil et à l'approbation des services de l'Etat.

[742] Tous les crédits peuvent être reportés. La décision de report se fait sur la base de l'exécution passée et des prévisions pour l'année à venir. Les crédits non utilisés au titre des dépenses limitatives donnent lieu à une réaffectation systématique aux caisses locales à hauteur de 80%, le solde étant mutualisé au niveau national et attribué sur demande ponctuelle circonstanciée.

[743] Comme pour le fond national de gestion, la sous consommation porte sur les autorisations de crédit. Elle ne se traduit pas par une mobilisation inutile des fonds publics.

[38] Section de fonctionnement relative à l'action sanitaire et sociale, section de fonctionnement relative aux actions conventionnelles, section d'investissement relative aux établissements et aux œuvres de l'assurance maladie, section d'investissement relative aux établissements extérieurs

Tableau 87 : Evolution de l'exécution des crédits du FNASS

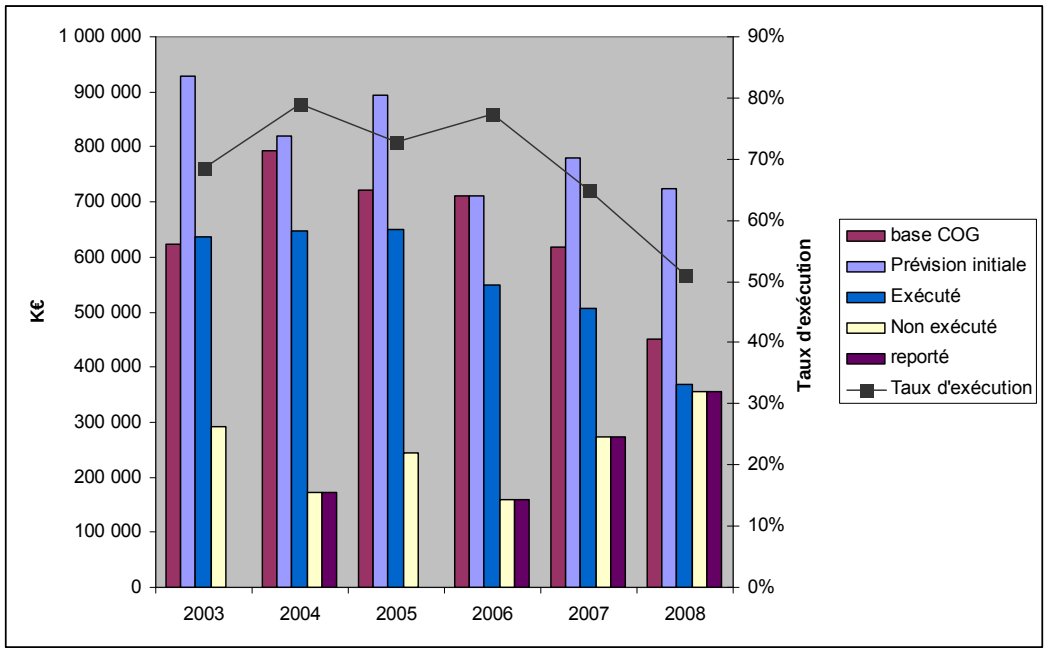
| En K€ | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **base COG** | 623 236,4 | 793 000,0 | 721 620,0 | 709 750,0 | 618 550,0 | 450 250,0 |
| **Prévision initiale** | 928 596,4 | 820 000,0 | 894 272,8 | 709 750,0 | 779 637,1 | 723 233,0 |
| **Dont report** | 305 360,0 | / | 172 652,7 | / | 160 457,6 | 272 701,3 |
| **Exécuté** | 637 228,4 | 647 347,3 | 651 056,9 | 549 292,4 | 506 935,6 | 368 671,3 |
| **Non exécuté** | 291 368,0 | 172 652,7 | 243 215,8 | 160 457,6 | 272 701,5 | 354 561,7 |
| **Taux d'exécution** | 68,6% | 78,9% | 72,8% | 77,4% | 65,0% | 51,0% |
| **Reporté** | | 172 652,7 | | 160 457,6 | 272 701,3 | 354 561,3 |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

[744] Malgré un rebasage en 2006 avec la nouvelle convention d'objectifs et de gestion, et l'annulation des autorisations de crédits accumulées jusque là, les montants exécutés ne cessent de diminuer. Le taux d'exécution globale s'est très fortement dégradé passant de 77% en 2006 à 51% en 2008.

[745] La mission attire l'attention sur le niveau des crédits reportés en 2008 qui correspond au montant des crédits exécutés. Des reports aussi massifs ne seraient utiles que si les dépenses étaient très volatiles. Or depuis 2004 on constate une érosion constante. De sorte que la mission s'interroge sur le besoin de reporter autant de crédits plutôt que d'en annuler une partie purement et simplement. Globalement il convient de redéfinir les règles d'une gestion plus saine.

Graphique 63 : Evolution de l'exécution des crédits du FNASS




*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

Tableau 88 : Répartition des montants non exécutés du FNASS

| | 2006 | | | 2007 | | | 2008 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Montants non exécutés** | **Poids** | **Taux d'exécution** | **Montants non exécutés** | **Poids** | **Taux d'exécution** | **Montants non exécuté** | **Poids** | **Taux d'exécution** |
| **Prestations obligatoires** | 15 404,4 | 9,6% | 94,5% | 19 674,1 | 7,2% | 90,5% | 33 070,0 | 9,3% | 28,60% |
| **Prestations facultatives** | 28 972,9 | 18,1% | 82,5% | 55 158,9 | 20,2% | 74,1% | 57 611,9 | 16,2% | 76,76% |
| **CNAMTS** | 4 035,8 | 2,5% | 36,4% | 5 863,3 | 2,2% | 29,7% | 6 350,0 | 1,8% | 36,34% |
| **Dépenses en capital (cp)** | 59 243,6 | 36,9% | 56% | 103 102,7 | 37,8% | 38,9% | 128 121,3 | 36,1% | 35,33% |
| **Actions conventionnelles** | 52 800,8 | 32,9% | 57,4% | 88 902,4 | 32,6% | 51,1% | 129 408,1 | 36,5% | 41,42% |
| **Total** | 160 457,6 | 100,0% | | 272 701,3 | 100,0 % | | 354 561,3 | 100,0 % | |

*Source : CNAMTS, calculs faits par la mission*

**Réponse de l'organisme :** *Les taux d'exécution constatés en 2006 (65%) et 2008 (51%) sont basés sur les budgets rectificatifs incluant les reports de crédits non consommés. Ils démontrent la difficulté des organismes à gérer ce budget, notamment en début de COG, par manque de visibilité budgétaire et pour des dépenses difficilement prévisibles. Il est rappelé qu'en 2006, les organismes ont reçu des dotations provisoires, ce qui a conduit les Conseils à une extrême prudence compte tenu du caractère limitatif des crédits alloués (de nombreuses caisses ont dû, de ce fait, réviser leurs conditions d'attribution à la baisse). Par ailleurs, la nature des dépenses liée à des facteurs exogènes (contextes socio-économiques) ne permet pas une consommation linéaire des crédits du FNASS. A noter que l'exécution par rapport à la base COG s'élève en fait à 77% en 2006, 82% en 2007 et 80% en 2008. Il convient en effet de s'interroger sur les règles de gestion relatives aux reports des crédits non consommés : une réflexion est en cours dans le cadre de la négociation de la prochaine Convention d'Objectifs et de Gestion.*

**Observation de la mission :** *Il est important que cette réflexion débouche sur des règles de gestion plus strictes des reports.*

[746] On notera en 2008 un taux d'exécution particulièrement faible pour les dépenses obligatoires, mais qui contribue assez peu (moins de 10%) au total de la non exécution.

**Réponse de l'organisme :** *A partir de 2008, seules les prestations relatives aux « cures thermales » et au « suivi post professionnel » sont encore servies dans le cadre des prestations obligatoires. La diminution des dépenses liées aux cures thermales, peut s'expliquer par le maintien depuis 1993 du plafond de ressources pris en considération pour l'attribution de cette aide et du montant de la participation aux frais d'hébergement et de la progression de la situation de précarité qui a un impact certain sur le recours aux cures thermales. Concernant le suivi post professionnel, le volume des dépenses comptabilisées à partir de 2006 a été impacté par l'arrêt, à la demande du Ministère chargé de la Sécurité Sociale, des expérimentations menées au cours des années 2004 et 2005, lequel a sollicité l'HAS pour redéfinir les modalités du suivi médical (étude en cours). A noter également qu'une partie des dépenses a pu être prise en charge sur le Risque Maladie et que les demandes de prise en charge sont faibles, cette prestation étant mal connue. Concernant les prestations facultatives, il faut souligner l'augmentation constante des taux d'exécution par rapport à la base COG : 82,5% en 2006, 85% en 2007 et 98,5% en 2008. Cette augmentation reflète le contexte socio-économique actuel qui accentue les difficultés d'accès aux soins des populations les plus précaires et partant, une plus grande sollicitation des fonds d'ASS. Il faut souligner, notamment, la montée en charge des dispositifs d'aide au dispositif légal ACS mis en place par les CPAM, dès 2008.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[747] Comme le montre le tableau 9, près des trois quarts des sommes non exécutées sont le fait des dépenses en capital et des actions conventionnelles. Avec des taux d'exécution situés entre 35 et 41%, ces deux lignes budgétaires interrogent quant à la fiabilité des prévisions.

[748] Les dépenses en capital sont liées aux opérations immobilières.

**Réponse de l'organisme :** *Les opérations immobilières des UGECAM constituent l'essentiel des opérations financées par la section investissement du FNASS, au titre des établissements et œuvres. Les délais de construction pour une opération immobilière nouvelle ont pu être estimés à environ 7 ans. Ces délais conduisent à un décalage de COG entre l'ouverture d'autorisation de programme et l'utilisation des crédits de paiement. Le bilan, à fin de COG 2006-2009, de l'utilisation des crédits de paiement nécessite donc de faire un bilan sur les opérations relevant de la COG actuelle et de la COG précédente (2000-2005). Ainsi, sur les autorisations de programme ouvertes sur les 2 COG, l'encours d'AP à couvrir par des CP est de 229 M€, montant qui excède les crédits d'investissement non consommés. Le point soulevé par l'IGAS renvoie donc en premier lieu, à l'efficacité de réalisation des opérations immobilières au cours de la période passée. A ce titre, il convient de rappeler le faisceau de contraintes auxquelles sont soumis nos organismes en matière d'investissement immobilier, à la fois contraintes du secteur public et du secteur privé, sans le bénéfice, durant longtemps, des dérogations dont bénéficie en particulier l'hôpital public. En effet, l'hôpital public bénéficie depuis quelques années de la possibilité de recourir à des dispositifs permettant de raccourcir les délais en matière d'investissement immobilier, dispositifs dont ne bénéficiaient pas les établissements de santé de l'Assurance maladie. Certains dispositifs ont été étendus récemment aux UGECAM, tels que la possibilité de recourir aux contrats de partenariat (loi de 2008) ou aux marchés de conception / réalisation (loi HPST de 2009). Mais ces modifications législatives sont récentes, les premières opérations réalisées en vertu de ces dispositifs en train d'être lancées, de sorte que l'impact sur les délais d'investissement n'est pas encore tangible. En outre, certaines contraintes subsistent. Il en va ainsi du passage obligé, au-delà d'un seuil, des dossiers d'investissements à la CCMOSS. Or, entre le temps de préparation des dossiers et leur examen par cette commission, le double passage obligatoire pour les principales opérations a un impact de près d'une année sur la réalisation des opérations immobilières. Le comparatif avec l'Etat est une nouvelle fois intéressant puisque d'une part le seuil de compétence de la CCMOSS est de 4 M€, alors que celui de la commission des marchés publics de l'Etat est de 6 M€. En outre, depuis le plan de la relance de l'économie de début 2009, le passage devant la CMPE est devenu facultatif, alors que l'alignement de la CCMOSS sur ces nouvelles dispositions applicables à l'Etat n'a toujours pas été opéré pour les organismes de sécurité sociale. L'amélioration de l'efficacité dans la consommation des crédits d'investissements du FNASS relève donc tant de l'amélioration des procédures internes à laquelle les services de l'Assurance maladie s'attachent, que de la réduction des contraintes juridiques qui s'appliquent aux opérations immobilières. A ce titre, l'alignement sur les dispositifs s'appliquant à l'hôpital public et à l'Etat a été recherché et devrait encore être complété.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[749] Les actions conventionnelles comprennent principalement les actions de formation conventionnelles destinées aux professionnels de santé : elles concernent autant les actions de formation que l'accompagnement à ces formations par le versement des indemnités de compensation de pertes de revenus. Dans une moindre mesure ces crédits permettent d'accompagner l'informatisation des laboratoires de biologie pour la télétransmission des informations dans le cadre de SESAME VITALE ou l'équipement informatique des centres de santé.

[750] Prévus dans les conventions nationales des professions de santé, les dispositifs de formations conventionnelles ont pour objectif de permettre l'appropriation par les professionnels des enjeux conventionnels. Plus largement, en tant qu'outil d'accompagnement des conventions nationales, il s'agit de concourir à la qualité des soins et à la maîtrise des dépenses.

[751] Les actions conventionnelles comprennent les actions de formation conventionnelles destinées aux professionnels de santé : elles concernent autant les actions de formation que l'accompagnement à ces formations par le versement des indemnités de compensation de pertes de revenus.

[752] A titre de rappel, un fonds d'action conventionnelle (FAC) a été créé au sein de la CNAMTS. Il doit couvrir notamment les dépenses imputables aux dispositifs de formation conventionnelle pour les professionnels de santé. En attendant sa formalisation et son approbation les crédits correspondants sont maintenus dans le budget du FNASS.

[753] La mission juge anormale la faible mobilisation de ces crédits alors que l'accompagnement des professionnels de santé par la formation est un enjeu important pour l'évolution des pratiques professionnelles. Cet outil trouverait pleinement sa place dans la stratégie poursuivie par la CNAMTS

**Recommandation n°49 : Conduire un audit spécifique du processus de prévision et d'exécution budgétaire du FNASS**

**Recommandation n° 50 : Réaliser une évaluation de la mise en œuvre des dispositifs de formations conventionnelles destinées aux professionnels de santé.**

# Annexe 4.2. : la politique de gestion des ressources humaines

[754] La convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 assigne à la CNAMTS un objectif stratégique : adopter une gestion des ressources humaines de nature à permettre de réussir les changements introduits par le placement de la gestion du risque au cœur de l'action de l'assurance maladie. La COG 2006-2009 se place aussi dans le cadre plus traditionnel d'homogénéisation de l'offre de services sur le territoire et de renforcement de la performance et de l'efficience de la branche.

[755] A cet effet, trois axes sont définis :

- accompagner l'évolution des réseaux ;
- définir une politique des ressources humaines harmonisée et clairement affichée ;
- anticiper les évolutions et les changements de métiers de l'assurance maladie.

[756] La convention se place, en ce domaine, dans la continuité de la convention 2000-2003 et de son avenant de prolongation de juin 2004. La précédente COG poursuivait déjà des objectifs proches puisqu'elle assignait à la CNAMTS la tâche de définir une politique nationale de l'emploi et de la formation, adaptée à la structure démographique et à l'évolution des compétences, de mettre en place une gestion prévisionnelle des dirigeants administratifs et médicaux et un système d'intéressement des personnels et de reconnaissance de la performance des organismes.

[757] La présente fiche s'articule autour de trois thèmes : effectifs et rémunération, outils de gestion des ressources humaines, pilotage des ressources humaines.

## 1. EVOLUTIONS DES EFFECTIFS ET REMUNERATIONS

### *1.1. Des erreurs de prévision sur les départs en retraite ont permis à la branche de remplir aisément ses objectifs de réduction des effectifs[39]*

[758] La négociation entre l'Etat et la CNAMTS a conduit à fixer dans la COG un taux de remplacement des départs à hauteur de 60 %. La construction de cet objectif s'est faite en comparant :

- les économies d'emplois et besoin nouveaux liés à des évolutions organisationnelles ;
- les flux des départs naturels en retraite.

[759] La CNAMTS est partie des éléments fournis par la comptabilité analytique des caisses primaires et d'études portant notamment sur les conséquences de la dématérialisation du traitement des feuilles de soins. Le point de départ était de 79,4 % de feuilles de soins électroniques (FSE), avec un objectif à 85 % en 2009.

[39] cf. aussi annexe relative à l'évolution des coûts et de la productivité.

[760] Par ailleurs, la CNAMTS a estimé le nombre des départs en retraite pour la période de la COG à partir des fichiers de l'UCANSS, sur une base de trois quarts des départs à 60 ans et d'un quart à 61 ans. Ce calcul prenait en compte l'effet noria[40] ainsi que les départs avant 60 ans constatés en 2005 et certaines spécificités comme un âge de départ moyen de 62 ans pour les praticiens conseils et agents de direction. Compte tenu du nombre de départs en retraite estimé, la CNAMTS en a déduit le niveau de recrutement indispensable, et donc le taux de remplacement.

[761] En réalité, les réductions d'effectifs ont été largement déterminées par le flux des départs en retraite. Dans sa gestion interne, la CNAMTS a réajusté chaque année la situation prévisionnelle des effectifs et des départs en retraite sur la base des départs réels constatés par enquête. Mais le taux de remplacement n'a pas évolué dans la mesure où il avait été fixé pour la durée de la COG et n'a pas fait l'objet d'avenant. L'assurance-maladie a dès lors largement dépassé l'objectif de réduction d'effectifs qui lui était fixé puisque la baisse des effectifs a atteint 5110 ETP annuels rémunérés (CDI+CDD) entre 2005 et 2008 (-6,13%).

[762] L'erreur de prévision est due pour l'essentiel à l'utilisation par les agents du dispositif «carrières longues» de la loi du 21 août 2003, les données des fichiers UCANSS ne permettant cependant pas de distinguer les motifs des départs en retraite. Cet effet, au regard des évaluations menées dans les CPAM visitées par la mission, devrait, comme pour les autres employeurs, se tarir dans les années à venir. Il devra cependant être pris en compte dans l'évaluation des évolutions prévisionnelles sur la prochaine COG. Une enquête auprès des organismes locaux et régionaux pourrait y contribuer.

**Recommandation n°51 : Procéder à une enquête auprès des organismes pour évaluer les flux des départs anticipés au cours de la prochaine COG et envisager de manière précoce des avenants en cas de mauvais calibrage des prévisions sur les effectifs**

[763] Il est à noter, par ailleurs, que certaines caisses primaires n'ont pas utilisé les quotas de remplacement qui leur étaient octroyés par la CNAMTS afin d'atteindre leurs objectifs de baisse de coûts de gestion (c'est par exemple le cas pour les CPAM des Hauts-de-Seine et de Paris).

### *1.2. Dans un contexte général d'excédent de crédits et de baisse des dépenses de personnel, la rémunération moyenne a connu une évolution favorable*

#### 1.2.1. La structure des rémunérations fait une place plus importante aux primes liées à la réalisation des objectifs

[764] Le salaire des personnels de la sécurité sociale est fixé en fonction d'un nombre de points salariaux. La valeur du point est déterminée chaque année dans le cadre des négociations menées dans le cadre de l'UCANSS.

[765] Ils bénéficient ensuite, à l'exclusion des agents de direction et des praticiens conseils, de points d'expérience à hauteur de deux points salariaux par an, et de points de compétence. Cette pratique résulte de l'accord de 2004 : le nombre minimum et maximum de points salariaux d'expérience est fixé par catégorie ; *a minima*, 20 % des points salariaux d'expérience doivent être donnés aux cadres, et 20 % aux employés.

[766] En outre, certains salariés peuvent recevoir des points de qualification ou de responsabilité et les cadres de niveau 8 et 9 bénéficient d'une prime de résultat plafonnée à un demi-mois de salaire. Cette prime est distribuée par le niveau hiérarchique après entretiens d'évaluation portant sur le bilan de l'année antérieure et les objectifs fixés pour l'année à venir. Pour les agents de direction, la prime de résultat peut atteindre un mois, un mois et demi pour les directeurs et agents comptables. Pour ces derniers, la prime est versée par le directeur de la CNAMTS sur proposition du directeur des opérations (DDO). En outre, les salariés bénéficient d'un dispositif d'intéressement.

[40] L'effet de noria mesure les glissements de la masse salariale dus aux différences de rémunérations entre les salariés sortis et entrés dans l'entreprise

[767] La structure des salaires fait ainsi apparaître un poids encore modeste mais non négligeable des rémunérations qui, prennent en compte soit les responsabilités, soit les performances.

[768] Pour les personnels de CPAM pris dans leur ensemble, les rémunérations attachées aux coefficients, aux points d'expérience et aux points de compétence représentent 98,3% des salaires, les points attachés aux fonctions exercées et aux responsabilités 0,3%, l'intéressement et les primes de résultat 1,4%.

[769] Cependant, ces types de rémunération prennent, logiquement, un poids croissant avec les responsabilités. Ainsi, pour les seuls *employés* de CPAM, les salaires (hors charges sociales) résultant des coefficients, des points d'expérience et compétence représentent 98,7% des rémunérations et l'intéressement 1,3% de celles-ci. Pour les agents de direction des CPAM en revanche, le salaire « de base » représente 85,4% des rémunérations, les points attachés aux fonctions exercées et aux responsabilités 10% et les primes de résultat et l'intéressement 4,6%.

Tableau 89 : Structure des salaires en CPAM

| **Euros** | Employés | Cadres / médecins salariés | Informaticiens | Agents de direction | Ingénieurs conseils | Praticiens Conseils | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Coefficients * | 964 086 269,1 | 293 951 894,3 | 23 952 924,3 | 43 109 545,7 | 533 334,9 | 436 635,9 | 1 326 070 604,2 |
| Points d'expérience * | 165 202 397,3 | 39 762 490,0 | 2 527 172,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 207 492 059,9 |
| Points de compétence * | 137 232 243,3 | 53 460 483,9 | 4 259 564,1 | 0,0 | 68 899,2 | 0,0 | 195 021 190,5 |
| Points sur plage salariale * | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2 881 498,7 | 0,0 | 147 213,4 | 3 028 712,0 |
| Points cum fonct 251a * | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 326 507,8 | 0,0 | 0,0 | 326 507,8 |
| Points cum fonct 251b * | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 159 703,7 | 0,0 | 0,0 | 159 703,7 |
| Points resp suppl 252a * | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 47 596,4 | 0,0 | 0,0 | 47 596,4 |
| Points resp suppl 252b * | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 440 962,1 | 0,0 | 0,0 | 440 962,1 |
| Points prime cadre dir * | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1 193 580,4 | 0,0 | 0,0 | 1 193 580,4 |
| Intéressement | 17 309 747,0 | 3 955 318,0 | 329 772,0 | 230 507,0 | 3 732,0 | 2 214,0 | 21 831 290,0 |
| Part variable/ Prime de résultat | | 798 362,0 | 52 383,0 | 2 081 329,0 | 11 174,0 | | 2 943 248,0 |
| **TOTAL** | **1 283 830 656,7** | **391 928 548,2** | **31 121 816,1** | **50 471 230,8** | **617 140,1** | **586 063,3** | **1 758 555 455,1** |
| *Base UCANSS, fichier annuel 2008, personnel présent au cours de l'année, CCN, FNGA* | | | | | | | |

* Points convertis en euros (valeur du point à 7,06540 euros) et annualisés (14 mois) - rémunérations non chargées

[770] Pour les praticiens conseils des directions régionales du service médical (DRSM), le salaire « de base » représente 75% de la rémunération globale, les primes de responsabilités et de compétence 24,5%, l'intéressement et les primes de résultat 0,5%. La faiblesse de ce dernier poste résulte du faible nombre de personnes éligibles aux primes de résultat (uniquement les médecins chefs régionaux pour qui cette part peut atteindre 1,5 mois de salaire).

[771] Dans ce contexte, les rapports d'audit sur les DRSM Nord-Pas-de-Calais et Rhône-Alpes de 2007 indiquent que le suivi actuel de l'activité des praticiens conseils n'est pas aujourd'hui satisfaisant : les modalités de suivi de l'activité ne sont pas harmonisées entre les pôles ; il n'y a pas de tableaux de bord globaux de direction ni d'utilisation de la comptabilité analytique ; il existe peu d'objectifs chiffrés.

[772] Autant il paraît difficile de fixer des objectifs de résultats quantitatifs compte tenu de la pratique médicale, autant il est essentiel de donner des objectifs de moyens. On constate en effet (cf.. rapports d'audit) que le système autorise des pratiques divergentes entre les praticiens. Cela pose problème à la fois en termes de services rendus, et de conditions de traitement égalitaire des usagers. Aussi, il serait sans doute souhaitable de fixer des objectifs de moyens et, en conséquence, d'**étendre le champ des primes de résultat pour ces personnels**.

[773] Cette structuration des rémunérations constitue au total une avancée significative par rapport à l'ancien système de rémunération. Elle a permis l'introduction au sein de l'assurance-maladie d'une culture d'objectifs désormais correctement intégrée par l'ensemble du personnel. L'importance de cette évolution doit être soulignée. Elle pourrait être approfondie si le champ de la prime de résultat était étendu aux cadres de niveau 7 : en effet, ces personnels jouent un rôle essentiel dans la maîtrise des processus et des évolutions de l'assurance-maladie.

[774] De même, le plafonnement actuel de la prime pour les cadres de niveau 8 et 9 pourrait être rendu moins restrictif ; la bonne maîtrise des dispositifs de fixation d'objectifs, d'évaluation et d'entretiens individuels acquise au cours des dernières années doit rendre possible cette évolution.

### 1.2.2. L'évolution favorable des effectifs a permis de mener une politique salariale favorable

[775] Le montant global des dépenses de personnel a connu une baisse sensible en 2006, et plus mesurée en 2007 et 2008.

Tableau 90 : Evolution des charges de personnel

| | **Charges de personnel (en €)** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2005 | 2006 | | 2007 | | 2008 | |
| | Montant | Montant | Evolution | Montant | Evolution | Montant | Evolution |
| CPAM | 2 950 826 265,4 | 2 881 060 705,7 | -2,4% | 2 861 326 072,1 | -0,7% | 2 855 640 071,9 | -0,2% |
| URCAM | 21 259 037,3 | 22 081 305,0 | 3,9% | 22 368 726,1 | 1,3% | 22 193 614,8 | -0,8% |
| CGSS | 105 718 385,9 | 104 844 697,6 | 0,0% | 106 783 389,1 | 1,8% | 109 524 822,7 | 2,6% |
| CRAM | 341 620 317,3 | 333 711 814,7 | -2,3% | 334 336 803,7 | 0,2% | 334 488 113,7 | 0,0% |
| CETEL | 6 879 626,6 | 6 661 464,1 | -3,2% | 6 756 992,4 | 1,4% | 7 038 826,0 | 4,2% |
| CTI | 33 399 279,0 | 33 896 676,9 | 1,5% | 35 179 136,2 | 3,8% | 34 757 663,2 | -1,2% |
| **Total FNGA** | **3 459 702 911,5** | **3 382 256 664,1** | **-2,2%** | **3 366 751 119,6** | **-0,5%** | **3 363 643 112,3** | **-0,1%** |
| DRSM | 605 358 426,6 | 620 783 379,4 | 2,5% | 625 921 126,1 | 0,8% | 613 098 372,1 | -2,0% |
| **Total FNG** | **4 065 061 338,1** | **4 003 040 043,4** | **-1,5%** | **3 992 672 245,7** | **-0,3%** | **3 976 741 484,4** | **-0,4%** |

*Source : CNAMTS (salaires chargés socialement et fiscalement, comptes 63 et 64)*

[776] Ce phénomène résulte de deux mouvements de sens contraire :d'une part, les départs en retraite et la réduction des effectifs ;d'autre part, les effets du glissement vieillesse technicité (GVT) et de la politique des rémunérations.

Tableau 91 : Evolution du glissement vieillisse technicité

**Taux de GVT positif en année pleine**

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | Ecarts 2003-2004 | Ecarts 2004-2005 | Ecarts 2005-2006 | Ecarts 2006-2007 | Ecarts 2007-2008 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | En niveau | En niveau | En niveau | En niveau | En niveau | En niveau | | | | | |
| **GVT** | **2,13%** | **1,84%** | **1,47%** | **1,26%** | **1,48%** | **1,92%** | -0,29 | -0,37 | -0,21 | 0,22 | 0,44 |
| **Mesures automatiques** | **0,81%** | **0,75%** | **0,25%** | **0,27%** | **0,26%** | **0,24%** | -0,06 | -0,50 | 0,02 | -0,01 | -0,02 |
| Ancienneté | 0,80% | 0,75% | 0,25% | 0,27% | 0,26% | 0,24% | -0,0% | -0,50 | 0,02 | -0,01 | -0,02 |
| Garantie | 0,01% | 0,00% | | | | | -0,01 | 0,00 | | | |
| **Mesures non automatiques** | **1,31%** | **1,09%** | **1,22%** | **0,99%** | **1,21%** | **1,69%** | -0,22 | 0,13 | -0,23 | 0,22 | 0,48 |
| Promotion | 0,65% | 0,53% | 0,49% | 0,40% | 0,55% | 0,72% | -0,12 | -0,04 | -0,09 | 0,15 | 0,17 |
| Choix | 0,05% | 0,06% | 0,73% | 0,59% | 0,66% | 0,97% | 0,01 | 0,67 | -0,14 | 0,07 | 0,31 |
| Degré | 0,61% | 0,50% | | | | | -0,11 | -0,50 | | | |

Source : Données UCANSS, toutes gestions, hors UGECAM

[777] Au niveau national, l'augmentation de la valeur du point de rémunération résulte des négociations conduites niveau de l'UCANSS. Normalement, la progression de la masse salariale suit donc l'encadrement de ces négociations.

[778] Toutefois, en 2007, des mesures salariales complémentaires, catégorielles et individuelles, et le versement d'un supplément d'intéressement uniforme de 300€ sont intervenus en cours d'année pour les personnels de sécurité sociale, conduisant pour la branche maladie à une forte augmentation de la rémunération moyenne (+3,3%).

[779] En outre, à l'été 2008 et hors du cadre de l'UCANSS, la CNAMTS a choisi de définir une dotation de 0,75% de la masse salariale à la main des directeurs d'unité sous réserve de respecter le cadre suivant :

- mesures de GVT : affectation à la progression des salaires des délégués de l'assurance maladie (DAM) pour les conduire au coefficient 270, augmentation du nombre de points salariaux de compétences ;
- rachat de jours de réduction du temps de travail (loi du 8 février 2008).

### 1.2.3. L'intéressement collectif aux résultats s'est développé en lien avec la COG, sans toujours cependant présenter un caractère suffisamment discriminant

#### 1.2.3.1. L'intéressement collectif vise à associer les personnels aux résultats de la gestion de leur organismes

[780] Le personnel de chaque organisme reçoit un intéressement collectif en fonction du taux d'atteinte des objectifs des CPG. Ce dispositif présente l'intérêt de sensibiliser l'ensemble des agents à la nécessité d'atteindre les objectifs et de renforcer la cohésion d'équipe.

[781] Le protocole d'accord relatif à l'intéressement des organismes du régime général de sécurité sociale conclu par l'UCANSS et les organisations syndicales est en effet destiné à introduire un élément de rémunération supplémentaire qui traduise la prise en compte des performances réalisées par les organismes et se traduise par « une motivation supplémentaire ayant des conséquences positives sur la qualité du service rendu ». Il s'applique, pour l'accord en cours, du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2010.

[782] La masse totale de l'intéressement est aujourd'hui de 2,5% de la masse salariale hors charges patronales. Il est distingué deux parts dans l'intéressement, une part nationale et une part locale, réparties à hauteur respectivement de 40% et 60%. Le montant de la prime doit être réparti dans chaque organisme de manière non hiérarchisée et le montant théorique de l'intéressement est uniforme pour l'ensemble des organismes de l'assurance maladie.

[783] La part nationale correspond à l'atteinte d'objectifs définis par branche ; la part locale correspond à l'atteinte d'objectifs régionaux ou locaux par les organismes de base ainsi que les objectifs fixés par la CNAMTS pour elle-même. Les indicateurs de performance doivent, en vertu de l'accord UCANSS, être retenus à partir des conventions d'objectifs et de gestion et les montants attribués évoluer en fonction des résultats. Un seuil de déclenchement, fixé à 50% du taux de réussite, existe tant pour la part nationale que pour la part locale.

[784] En conséquence, le montant total de l'intéressement distribué correspond à la formule : Montant = (taux de réussite national * montant par ETP de la part nationale) + (taux de réussite local * montant par ETP de la part locale).

[785] Tous les organismes de l'assurance maladie (y compris des DRSM et échelons locaux du service médical) sont compris dans le périmètre de l'accord. L'annexe technique précise qu'outre les indicateurs COG mentionnés dans le protocole UCANSS, la loi de 2004 relative à l'assurance maladie, la convention nationale des médecins et la COG de la branche AT-MP contribuent à la définition des indicateurs de performance. Les indicateurs de performance locale sont issus des CPG et de leurs avenants.

[786] Les praticiens conseils bénéficient d'un accord d'intéressement qui leur est spécifique.

#### 1.2.3.2. Les indicateurs retenus pour le calcul de l'intéressement sont étroitement liés à la COG

- *Les indicateurs de branche*

[787] Au nombre de 14, ils sont communs à tous les organismes et recoupent les trois domaines de la régulation (40%), de la qualité de service (40%) et de la performance (20%).

[788] Le résultat pour chaque indicateur est mesuré en fonction d'une formule associant l'objectif et un socle de performance : Taux de réussite = résultat – socle / objectif – socle.

[789] Le seuil de déclenchement de l'intéressement est fixé à 50%. Si le résultat ne dépasse pas 50%, le montant de la part nationale est nul. Passé ce seuil de 50%, le taux de réussite national est appliqué à la part nationale.

Tableau 92 : Indicateurs de branche pour l'intéressement

| **Domaines** | **Indicateurs** | **Mode de calcul** |
|---|---|---|
| **Régulation** | **50% du score est attribué en fonction de l'atteinte des objectifs d'économies attendues; 50% en fonction de la réalisation des plans d'actions** | |
| *Atteinte des objectifs d'économies* | *Le taux de réussite global est la somme des deux taux de réussites (ville et établissements) divisée par deux* | |
| | Atteinte des objectifs d'économies en médecine de ville | Le socle est pour 2008 de 300M€ à comparer avec un objectif de 635M€. |
| | Atteinte des objectifs d'économies en établissements de santé | Le socle est pour 2008 de 50M€ à comparer avec un objectif de 150M€. |
| *Réalisation des plans d'action* | | *Le taux de réussite global est la somme des quatre taux de réussites divisée par quatre* |
| | Nombre de visites des DAM auprès des professionnels de santé | Le socle est pour 2008 de 280 000 visites réalisées (soit 80% de l'objectif de 350 000 visites). |
| | Lutte contre la fraude | Le socle est pour 2008 de 50M€ de fraudes détectées par rapport à l'objectif de 138,5M€. |
| | Mise en place de l'entente préalable à l'hôpital | Le socle est pour 2008 de 70 établissements par rapport à l'objectif de 100. |
| | Imputation des TMS sur le compte employeur | Le socle est pour 2008 de 70% d'imputations par rapport à l'objectif de 85%. |
| **Qualité de service** | **50% du score est attribué en fonction de l'atteinte des objectifs de qualité de service offerte; 50% en fonction des objectifs de qualité de service perçue.** | |
| *Qualité de service offerte* | *Le taux de réussite global est pondéré (40% pour l'indicateur FSE et 30% pour les deux autres).* | |
| | Délai de remboursement des FSE | Le socle pour 2008 est de 8 jours calendaires pour le délai au 9è décile de l'ensemble des résultats par rapport à un objectif de 7 jours calendaires. |
| | Taux de décroché | Le socle pour 2008 est de 85% par rapport à un objectif de 90%. |
| | Délai initial pour la prise de décision sur la reconnaissance du caractère professionnel d'un accident | Le socle pour 2008 est de 75% de prise de décision sur le caractère professionnel d'un accident dans le délai initial pour un objectif de 85%. |
| *Qualité de service perçue* | | *Le taux de réussite global est pondéré (30% pour l'ISG assurés CPAM, 25% pour l'ISG professionnels de santé, 25% pour l'ISG employeurs, 20% pour l'ISG des usagers des services sociaux des CRAM).* |
| | Indice de satisfaction globale de l'enquête nationale des assurés CPAM | Le socle pour 2008 est de 7/10 par rapport à un objectif de 7,3/10. |
| | Indice de satisfaction globale issu des enquêtes diligentées par les CPAM auprès des professionnels de santé | Le socle pour 2008 est de 6,5/10 par rapport à un objectif de 6,8/10. |
| | Indice de satisfaction globale des employeurs | Le socle pour 2008 est de 6,6/10 par rapport à un objectif de 6,9/10. |
| | Indice de satisfaction globale des usagers des services sociaux des CRAM | Le socle pour 2008 est de 7,2/10 par rapport à un objectif de 7,7/10. |
| **Performance** | | |
| | Nombre de bénéficiaires actifs consommants par ETP hors UGECAM | Le socle pour 2008 est de 627 bénéficiaires actifs consommants / nombre d'ETP pour un objectif de 640. |

- Les indicateurs locaux

[790] Ils reprennent les items et objectifs des CPG, la CNAMTS se voyant appliquer des indicateurs qui lui sont propres et les salariés des œuvres et des unions immobilières des organismes de sécurité sociale se voyant appliquer les règles applicables à leur organisme de gestion.

[791] Le système d'intéressement repose sur un score attribué à chaque organisme en fonction des résultats obtenus pour chaque indicateur. Le taux de réussite repose sur une formule associant des points théoriques à atteindre et des points acquis : Taux de réussite local = montant des points acquis / montant des points théoriques à atteindre. En dessous de 50%, le montant de la part locale est nul.

[792] Chaque type d'organisme (CPAM, DRSM, CRAM, CGSS…) dispose d'une grille de points correspondant à ses problématiques particulières.

Tableau 93 : Grands axes des indicateurs locaux pour l'intéressement

| Axe | **CPAM** | **CRAM (maladie)** | **CGSS** | **DRSM** |
|---|---|---|---|---|
| Régulation / gestion du risque | 400 | 280 | 400 | 800 |
| Qualité de service | 400 | 280 | 400 | 80 |
| Management et pilotage | 200 | 140 | 200 | 120 |

| Axe | **URCAM** | Axe | **CTI** | Axe | **CEIR**[41] | Axe | **UGECAM** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Maîtrise médicalisée | 600 | Service | 600 | Missions | 600 | Transparence et fiabilité | 250 |
| Prévention | 160 | Régulation | 100 | Efficience et qualité | 400 | Objectifs financiers | 250 |
| Accès aux soins | 240 | Management et pilotage | 300 | | | Préparer la T2A | 250 |
| | | | | | | Objectifs MS | 250 |

[793] Pour les CPAM, la grille détaillée est la suivante :

Tableau 94 : Indicateurs locaux des CPAM pour l'intéressement

| **Axes** | | **Valorisation** | **Contenu des actions** |
|---|---|---|---|
| **Missions** | | **800 points** | |
| *GDR* | | *400 points* | |
| | Maîtrise médicalisée | 245 points | ALD, arrêts de travail, statines, HTA (IEC sartans), antibiotiques, IPP, transports, pratique de la chirurgie ambulatoire, lits médicalisés, Ehpad |
| | Contrôle contentieux | 65 points | Préjudices subis, recouvrement T2A |
| | DAM | 40 points | Visites des professionnels de santé libéraux et établissements |
| | Recours contre tiers | 20 points | Rendement du RCT |
| | Prévention | 30 points | Dépistage du cancer du sein, examen bucco-dentaire |
| *Le service* | | *400 points* | |
| | Maladie | 340 points | Règlement des prestations, gestion du dossier assuré, accueil et relations avec les publics, démarche qualité (indice de satisfaction, réclamations, offre de téléservices) |
| | ATMP | 60 points | Délai de prise de décision du caractère professionnel de l'accident du travail, délai de règlement de la 1ère IJ non subrogée, taux de transmission des déclarations d'accidents mortels, délai "date de consolidation - date de notification" de la rente AT |
| **Management et pilotage** | | **200 points** | |
| Optimisation des organisations | | 60 points | |
| Efficience - productivité | | 50 points | Productivité production et fonctions support |
| Certification | | 40 points | Plan de maîtrise socle, certification |
| Validation des comptes | | 50 points | |
| **TOTAL** | | **1000 points** | |

[41] Centre Editique Inter Régional

[794] Pour la CNAMTS, les 1000 points relatifs à la part locale sont répartis de la façon suivante :

Tableau 95 : Indicateurs locaux pour l'Etablissement Public CNAMTS

| | | |
|---|---|---|
| **Missions** | | **800 points** |
| *GDR* | | *500 points* |
| | Faciliter l'accès aux soins | 75 points |
| | Renforcer l'impact des programmes de prévention | 75 points |
| | Améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologie chronique | 100 points |
| | Enrichir les liens contractuels avec les professionnels de santé | 75 points |
| | Lutte contre la fraude | 100 points |
| | Développer la gestion du risque dans la branche ATMP | 75 points |
| *Qualité de service* | | *300 points* |
| | Développer les téléservices pour les assurés | 75 points |
| | Déployer la carte Vitale 2 | 75 points |
| | Simplifier les démarches des professionnels | 75 points |
| | Améliorer la qualité de service | 75 points |
| **Management et pilotage** | | **200 points** |
| Renforcer la qualité de service des fonctions supports | | 50 points |
| Garantir la certification des comptes | | 50 points |
| Renforcer l'orientation du réseau vers la gestion du risque | | 50 points |
| Renforcer l'efficience du réseau | | 50 points |
| **TOTAL** | | **1000 points** |

- L'intéressement des praticiens conseils

[795] Le protocole d'accord 2008/2010 relatif à l'intéressement des praticiens conseils du régime général de l'assurance maladie a été signé par le directeur général de la CNAMTS et les organisations syndicales. Il distingue une part nationale d'intéressement (40%) et une part locale (60%). La masse nationale d'intéressement est fixée à 2,5% de la masse salariale, le montant étant réparti entre les régions de manière non hiérarchisée entre bénéficiaires.

[796] La construction de la mesure de la performance est globalement proche de celle effectuée dans les organismes. En raison d'indicateurs et d'objectifs locaux communs avec les personnels administratifs, qui ressortissent eux au dispositif d'intéressement de droit commun, la part locale est arrêtée sur la base des CPG des DRSM.

[797] La COG, la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes et la loi de 2004 relative à l'assurance maladie sont prises en compte pour la définition des indicateurs de performance collective.

[798] Les objectifs nationaux sont ceux de la branche. Pour les indicateurs régionaux, le mode de calcul s'inspire des CPG. 80% des points sont relatifs à la régulation, le reste des points se partageant entre management et pilotage (120 points), et qualité de service (80 points).

Tableau 96 : Indicateurs régionaux pour l'intéressement des praticiens conseils

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Missions** | | | **880 points** |
| *Régulation* | | | *800 points* |
| | Accompagnement et suivi des avenants conventionnels | ALD, arrêts de travail (courte durée et à 45 jrs), statines, HTA (IEC sartans), antibiotiques, IPP, transports, pratique de la chirurgie ambulatoire, lits médicalisés | 520 points |
| | Accompagnement des professionnels de santé | Echanges confraternels, EHPAD | 90 points |
| | Contrôles | T2A, activité des établissements privés, HAD | 160 points |
| | Autres | Recours contre tiers, organisation sanitaire | 30 points |
| *Qualité de service* | | | *80 points* |
| | Respect des délais réglementaires ETM (TB qualité) | | 40 points |
| | Indice de satisfaction des professionnels de santé | | 40 points |
| **Management et pilotage** | | | **120 points** |
| Optimisation des organisations | | | 40 points |
| Validation des comptes | | | 20 points |
| Qualité des prévisions budgétaires | | | 30 points |
| Délai "date de consolidation - date de notification" de la rente AT | | | 30 points |
| **TOTAL** | | | **1000 points** |

[799] Pour les indicateurs non linéaires comme la qualité des prévisions budgétaires, lorsque l'objectif est atteint, le taux de réussite est fixé à 100%, et en cas de non atteinte de l'objectif, le taux de réussite est nul.

[800] Pour les indicateurs linéaires, le taux de réussite est, comme pour les organismes, déterminé selon une formule : Taux de réussite = résultat – socle / objectif – socle dès lors que des objectifs régionaux existent. Ceux-ci concernent l'essentiel du champ de la maîtrise médicalisée (à l'exception des contrôles des arrêts de travail à 45 jours, lits médicalisés), les échanges confraternels et le recours contre tiers.

[801] Dès lors que le résultat régional atteint le socle de performance régional, le taux de réussite est maximal (et en conséquence, est maximal le nombre de points acquis lié à la formule : points acquis = taux de réussite * nombre de points affectés à l'indicateur). Inversement, dès lors que le résultat régional n'atteint pas le socle de performance régional, le taux de réussite est nul.

[802] Pour les indicateurs assortis d'objectifs nationaux, la formule met en rapport les résultats obtenus en région et des valeurs nationales pour le socle de performance et l'objectif. Dès lors que les résultats n'atteignent pas le socle de performance national, le taux de réussite est nul ; dès lors que l'objectif est atteint, le taux de réussite est maximal puisque ce taux est défini par la formule : Taux de réussite = résultat régional – socle national / objectif national – socle national.

[803] Ces objectifs concernent en 2008 les domaines suivants :

Tableau 97 : Objectifs nationaux pour l'intéressement des praticiens conseils

| | | Objectif national 2008 | Socle de performance 2008 |
|---|---|---|---|
| **Missions** | | | |
| *Régulation* | | | |
| | Contrôle des arrêts de travail de plus de 45 jours | 97% | 92% |
| | lits médicalisés | 90% | 100% |
| | Accompagnement des EHPAD | 50% | 20% |
| | Taux des séjours contrôlés | 1% | 0,80% |
| | Contrôle des cliniques privées - analyse | 100% | 60% |
| | Contrôle des cliniques privées - plans d'action | 100% | 60% |
| | Contrôle de l'HAD - Analyse | 35% | 10% |
| | Contrôle de l'HAD - Contrôle | 5% | 2% |
| | Organisation sanitaire | 100% | 50% |
| *Qualité de service* | | | |
| | Respect des délais réglementaires ETM (TB qualité) | 93% | 90% |
| | Indice de satisfaction des professionnels de santé | 6,7 | 6,4 |
| **Management et pilotage** | | | |
| Optimisation des organisations | | 100% | 0% |
| Validation des comptes | | 100% | 0% |
| Qualité des prévisions budgétaires | | ≤1% | Oui/non |
| Délai "date de consolidation - date de notification" de la rente AT | | 99% | 90% |

[804] L'intéressement des praticiens conseils de la CNAMTS suit les règles de pondération de la part locale de l'intéressement général des personnels de la caisse nationale (gestion du risque pour 500 points, qualité de service pour 300 points, management et pilotage pour 200 points).

#### 1.2.3.3. Ce mécanisme comporte cependant des limites

[805] Le dispositif d'intéressement constitue une profonde nouveauté pour l'assurance maladie, comme pour les autres branches. Il a notamment le mérite de lier les engagements de la COG, leur déclinaison dans les CPG et la rémunération des agents. A ce titre, il contribue fortement à l'appropriation collective des objectifs au sein de la branche.

[806] Pour autant, il présente des limites qui sont de deux ordres :

- le système est insuffisamment discriminant entre caisses : il est calculé pour 40 % sur part nationale et 60 % sur part locale et l'écart de la meilleure à la moins bonne ne représente qu'environ 100 € (de 588 € à Mende à 703 € à Angoulême, pour un maximum théorique de 843€ sur l'intéressement 2008 versé en 2009) ; cette situation enlève une partie de sa crédibilité au dispositif. Il pourrait être suggéré de passer à 20 % sur part nationale et 80 % sur part locale ;
- la définition du montant des socles de performance est hétéroclite : certains sont proches des objectifs (sur la qualité de service et la performance) ; d'autres en sont très éloignés (sur la maîtrise médicalisée notamment). De ce fait, le taux de déclenchement de 50% de réussite apparaît peu discriminant.

## 2. OUTILS DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

[807] La COG fixe des priorités claires, notamment en matière de création d'outils, qui ont été correctement mises en œuvre, mais sans pour autant porter tous les effets attendus en termes de dynamisation des ressources humaines

### *2.1. Des ambitions larges en matière de gestion des ressources humaines*

[808] Trois grands axes ont été définis

- *L'accompagnement de l'évolution des réseaux*

[809] Les dispositifs collectifs et individuels à mettre en œuvre sont de trois types : a) l'intégration d'un volet ressources humaines dans la démarche plus générale de mutualisation des fonctions et des expertises à partir d'un diagnostic et d'un plan d'action (départs prévus, compétences disponibles, actions de formation) ; b) l'accompagnement à la mobilité, dans le cadre d'un programme UCANSS, décliné par l'assurance maladie ; c) un recensement des besoins par le biais d'une cartographie des emplois.

- *Une politique des RH clairement affichée et harmonisée*

[810] En matière d'harmonisation de la politique des ressources humaines, sept engagements ont été pris

1-Elaborer un schéma directeur des ressources humaines, en lien avec les organismes du réseau pour que les priorités d'action soient partagées
2-Professionnaliser les ressources humaines grâce à des dispositifs de formation nationaux
3-Développer au sein des organismes un réseau de correspondants ressources humaines permettant de relayer les orientations nationales et de diffuser les bonnes pratiques
4-En sus du dispositif d'intéressement, développer une politique de rémunération plus individualisée fondée sur la réalisation d'objectifs précis
5-Intégrer un volet ressources humaines dans les CPG avec des engagements des caisses locales (sont cités en exemple un diagnostic sur les fonctions mutualisables, la cartographie des emplois ou la formation à certains types d'emplois)
6-Réaliser un bilan social annualisé
7-Sur un plan plus transversal, lutter contre les discriminations à l'accès à l'emploi, l'emploi des personnes handicapées ou mieux gérer les deuxièmes parties de carrière

- *Anticiper les évolutions et changements de métiers*

[811] En matière d'évolution des métiers, cinq engagements existent :

1-La création de filières professionnelles homogènes et une définition plus précise des nouveaux métiers, afin d'identifier les compétences spécifiques requises par les nouveaux besoins
2-Adapter la politique de recrutement au flux de départs en retraite et à l'évolution des réseaux (de nouveaux profils seront également recherchés pour le recrutement des praticiens conseils)
3-Le développement de formations médico-économiques
4-La constitution d'un vivier de potentiels à haut niveau (agents de direction et praticiens conseil) dans la perspective des départs en retraite de cadres dirigeants
5-La mise à niveau des personnels informaticiens par une évaluation des compétences au regard des besoins.

[812] Le bilan annuel 2007 de la COG fait état de trois avancées : la montée en puissance des délégués de l'assurance maladie (DAM) tant en raison de la formation qui leur a été fournie, du positionnement statutaire (rémunération) que de la professionnalisation recherchée (par un processus de certification professionnelle). En outre, des personnels spécifiques ont été recrutés pour le suivi des patients diabétiques. Enfin, deux régions ont expérimenté un dispositif de détection des hauts potentiels.

### *2.2. Une dynamique de modernisation encore trop timide est en cours*

[813] Avec son dispositif de formation, la montée en puissance du SIRH et de la gestion prévisionnelle des emplois et compétences, la branche maladie dispose *a priori* des outils adéquats pour une politique ambitieuse.

#### 2.2.1. La politique de formation demeure dynamique mais insuffisamment pilotée

##### 2.2.1.1. La politique de formation prend en compte les objectifs prioritaires de l'assurance maladie…

[814] Les analyses métiers du schéma directeur des ressources humaines (SDRH) ont permis d'identifier les axes de renforcement des compétences requises par la branche. Le SDRH a en effet pour objectifs l'adaptation, l'évolution et l'anticipation des compétences nécessaires à l'assurance maladie dans un contexte de mutualisations, de départs massifs en retraite et de concurrence en matière de recrutement.

[815] En cohérence avec la philosophie de la COG, l'accent a été mis sur le renforcement des compétences liées à la gestion du risque : connaissance de l'organisation du système de soins, promotion et mise en œuvre des actions de maîtrise médicalisée, analyse de bases informationnelles, compétences nouvelles en matière de prévention, d'information et d'éducation thérapeutique, renforcement des compétences en matière de contrôle contentieux et de lutte contre la fraude…

[816] Les programmes de formation sont déterminés par les caisses primaires. Ils servent notamment à accompagner des réorganisations. L'activité de formation est de fait très largement décentralisée, ce qui ne va pas sans créer des difficultés au regard de l'objectif assigné par la COG d'une politique des ressources humaines « harmonisée ». Il n'existe pas de plan de formation au sens strict au niveau de la direction des ressources humaines de la CNAMTS et il n'existe pas non plus de vision consolidée des actions de formation conduites dans les CPAM – en dépit de la remontée d'indicateurs RH.

##### 2.2.1.2. …mais demeure largement conditionnée par les problématiques propres aux CPAM

[817] Les plans de formation des CPAM visitées par la mission confirment une claire appropriation des enjeux de la COG, et notamment la priorité accordée à la gestion du risque, mais restent, comme cela est naturel, très orientés en faveur de l'offre de services et du versement de prestations.

[818] Ainsi dans la CPAM des Hauts de Seine, l'effort de formation est important : pour 1730 agents, de l'ordre de 5300 jours en 2004, 2005, 2006, mais avec une baisse sensible sur la période de la COG (2631 jours en 2007, 3798 en 2008). Le plan de formation transmis au comité d'entreprise le 25 novembre 2008 s'inspire certes des besoins définis par la caisse nationale mais aussi des besoins et demandes identifiées lors des entretiens d'évaluation à l'aide de tableaux de compétence établis par service et permettant de dégager les besoins individuels au regard des compétences mises en œuvre par le service et des besoins collectifs. Les formations sont classées en trois catégories : celles qui permettent aux agents de renforcer leurs compétences, celles qui permettent d'actualiser les savoirs et savoir-faire, celles qui permettent de développer les compétences nouvelles et d'accompagner le changement. En volume, et pour un effectif rémunéré proratisé de 1730 agents, le volet GDR concerne 70 agents au moins ; le volet offre de service 599 agents ; le volet performance 176 agents au moins.

[819] Il y a donc une claire priorité, naturellement liée aux effectifs et missions de CPAM, en faveur de la gestion des prestations.

[820] Le pilotage national des actions de formation devrait être renforcé à la fois parce que celles-ci sont nécessaires pour faire face aux évolutions futures de l'assurance-maladie et parce qu'un accompagnement formation de niveau supérieur au niveau départemental est indispensable à la réussite d'éventuelles opérations de mutualisation.

[821] L'évolution semble aller dans le bon sens : à partir de 2008 une lettre réseau donne chaque année les orientations de formation pour les réseaux de l'assurance maladie. Elaborée par la direction des ressources humaines réseau de la CNAMTS en lien avec les autres directions de la CNAMTS, elle vise expressément à articuler les actions menées au niveau national et au niveau local en matière de formation : « Cette recherche d'articulation et d'efficience collective accrue requiert une meilleure visibilité des accompagnements nationaux existants et une meilleure articulation entre actions nationales et locales ».

[822] Un problème délicat est posé par la question de la polyvalence des agents de production. La solution qui sera apportée à cette question est essentielle notamment dans le cadre d'opérations de groupement sur des plateaux techniques ou de mutualisation. Elle demeure largement traitée au niveau des CPAM.

[823] Pour certains directeurs de CPAM, la polyvalence est insuffisante et conduit à des problématiques importantes de formation en cas de groupement sur des centres de production. À l'inverse, pour d'autres directeurs auditionnés par la mission, la spécialisation des techniciens apparaît souhaitable compte tenu de la technicité croissante des opérations de liquidation et de la recherche d'une plus grande productivité. Dans le cas de la CPAM du Loiret, la réorganisation de la production autour des trois thématiques : prestations en nature, prestations en espèces et gestions des bénéficiaires a conduit à passer de la polyvalence à une spécialisation des agents. Les caisses notent aussi que les gestionnaires de proximité, au-delà des capacités managériales requises, doivent conserver une forte compétence technique correspondant à la demande forte d'appui des techniciens sur la législation, les techniques et outils. On peut aussi noter que la taille de l'organisme influe sur les perceptions : les grosses caisses réfléchissent à la mise en place d'équipes polyvalentes mobilisées lors de pics d'activité quand les plus petites recherchent plutôt l'organisation d'une polyvalence « partielle » de certaines équipes.

### 2.2.2. Cartographie des emplois et référentiels métiers doivent permettre le développement de la gestion prévisionnelle des emplois et compétences

[824] Il est essentiel pour la CNAMTS de piloter finement la structure d'emploi des caisses. Les données existent dans la base UCANSS et elles sont complétées depuis 2005 par l'indicateur cartographie des emplois[42]. Celui-ci vise à faire réaliser par les organismes un exercice de gestion prévisionnelle des effectifs : état des lieux des effectifs par emploi et projection de ceux-ci sur les années suivantes à travers une estimation des départs, taux et priorités de remplacement.

[825] Il a concerné initialement les CPAM, puis les CRAM, puis a été introduit dans un corps d'indicateurs « Ressources Humaines » inscrits au sein des contrats pluriannuels de gestion des CPAM, CRAM et DRSM. Scoré à l'origine, il ne l'est cependant plus dans le cadre des CPG 2006-2009, ce qui est regrettable puisqu'il disparaît ainsi des objectifs prioritaires des cadres de l'assurance maladie. En outre, on peut regretter que du fait de divers éléments conjoncturels (période transitoire de fin de C.O.G., opérations de fusion et mise en place des ARS), les organismes aient été dispensés d'effectuer la prévision de la répartition des effectifs en ETP pour les années 2010 à 2012. Ces deux évolutions ne concourent pas, naturellement, à affirmer le caractère stratégique de cet outil.

[42] La cartographie des emplois est élaborée à partir d'une enquête questionnaire sur les indicateurs RH à destination du réseau. Elle est disponible pour 2006, 2007 et était en cours de finalisation, au moment des investigations de la mission, pour 2008.

[826] Pour construire la cartographie des emplois, il a été nécessaire de déterminer une liste limitée d'emplois pour lesquels les effectifs seraient communiqués par les organismes à la CNAMTS. Ces emplois ont été appelés « emplois de référence » et correspondent à des regroupements d'emplois locaux. Ils diffèrent en fonction de la catégorie d'organisme.

[827] En 2005, ils correspondaient aux appellations d'emplois représentatives des emplois présents dans chaque catégorie d'organisme (CPAM et CRAM), en fonction des appellations observées dans les remontées d'informations annuelles issues du système de paie à la caisse nationale[43]. Une table des emplois de référence a donc été définie, précisant les finalités de chacun des emplois retenus et les appellations d'emplois utilisées par les organismes, observées dans le système de paie. Le rattachement des emplois de chaque organisme à un emploi de référence devait se faire par une analyse de la concordance entre les activités des emplois exercés dans les organismes et les finalités décrites pour chaque emploi de référence. Il s'agissait donc d'un rapprochement manuel des données.

[828] A partir de 2007, la nomenclature des emplois s'est mise en place dans le système de paie et les organismes ont perdu la possibilité de créer des emplois dans une table locale. La table des emplois de référence a donc été redéfinie, les emplois de référence ont été déterminés par une indication de l'ensemble des codes emplois à regrouper pour aboutir à chaque emploi de référence, ce qui a permis de fiabiliser les données. En revanche, les emplois de références de 2007 n'ont donc pas été identiques aux emplois de référence de 2005.

[829] On observe en CPAM une diffusion de plus en plus systématique de référentiels métiers-compétences utilisés dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Toutefois, il est apparu à la mission que les CPAM procédaient à des adaptations des descriptifs d'emploi et que la pratique des référentiels métiers-compétences ne semble pas généralisée : il ressort de la lecture des rapports d'audit que certaines caisses primaires n'utilisent encore que des fiches de poste (Laon, St Quentin).

[830] Ainsi dans le cas de la CPAM de Chartres, un poste de conseiller « fraude » a été créé en 2008 avec le référentiel correspondant ; les référentiels cadres ont dû être également révisés pour y intégrer les problématiques de management de la qualité. Les référentiels sont en fin de compte mis à jour de manière permanente en fonction des résultats des entretiens d'évaluation. De même il apparaît dans le rapport d'audit relatif au contrôle médical Rhône-Alpes que lors de la mise en place des entretiens annuels d'évaluation et d'accompagnement (EAEA) en 2004, la DRSM a réalisé un référentiel emploi compétences en collaboration avec le cabinet DEMOS. Il est régulièrement mis à jour.

[831] Cette pratique présente l'avantage de garantir une parfaite adéquation du descriptif de postes avec la réalité de la situation. Cela est notamment précieux dans le cadre de la préparation et de l'exploitation des entretiens individuels d'évaluation. Cependant, une trop grande divergence des référentiels métiers-compétences entre CPAM risque de rendre difficile une gestion globale de l'emploi, la mobilité géographique et l'exercice de mutualisation. Structurer les référentiels de manière plus fine en distinguant les éléments constitutifs d'un socle commun et les adaptations localement possibles devrait limiter cet écueil.

[832] En outre, le déploiement de l'outil de gestion prévisionnelle des ressources humaines Alinéa (cf infra) devrait permettre d'assurer une certaine convergence ; toutefois à ce stade cet outil reste facultatif. De plus, les descriptifs d'emploi doivent être saisis par chaque CPAM. Le déploiement devrait être l'occasion d'une harmonisation des pratiques.

[43] les organismes avaient en effet à l'époque la possibilité d'utiliser les emplois présents dans la table nationale des emplois ou de créer des emplois dans une table locale)

[833] Aujourd'hui, les pratiques sont hétérogènes. A la CPAM de Chartres, l'ensemble du dispositif est suivi sous Excel (Chartres) ou sur des outils de GPEC locaux ; à la DRSM du Centre, les entretiens individuels sont réalisés sur support papier et donnent lieu à une exploitation à la main. Le déploiement de l'outil Alinéa (cf infra sur le SIRH) vient cependant d'y être opéré. A la CPAM d'Orléans, il n'y a pas à proprement parler de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences : le directeur ne dispose que d'un tableau de bord sur l'évolution des effectifs, le temps de travail, l'absentéisme et les composantes de salaires. Le produit Alinéa est encore en cours de déploiement. La caisse primaire utilise un outil spécifique mais celui-ci ne permet que de récupérer les demandes de formation, de droits individuels à la formation et de mobilité. Les projections de départ et de recrutements ne se font pas au-delà d'un an

### 2.2.3. Le SIRH doit permettre de renforcer les moyens au service des ambitions affichées

#### 2.2.3.1. Un chantier aux enjeux multiples

[834] La COG stipule qu'un « *système d'information des ressources humaines devra être élaboré. Ce système devra donner progressivement aux organismes une vision qualitative et quantitative de leurs ressources, en particulier par l'intégration d'un module de gestion des compétences* ». Le schéma directeur a été élaboré en 2006-2007. et est constitué de trois modules : paye et gestion administrative, gestion des compétences, et suivi des entretiens d'évaluation, formation.

[835] La stratégie à l'origine de SIRH consistait à bâtir un système permettant de disposer) d'un ensemble de données individuelles, collectives et agrégées (entrepôt de données), d'offrir aux organismes la capacité d'effectuer des requêtes ciblées (infoservice), de satisfaire les demandes complexes faisant appel à de multiples données (infocentre), d'assurer la remontée de données statistiques vers les organismes nationaux (branche et UCANSS).

[836] Le bilan annuel de l'application de la COG pour 2007 (juin 2008) indique que s'agissant de la fonction paye, c'est le logiciel GRH de la branche famille qui serait mis en place dans le réseau maladie, que s'agissant du volet compétences, c'est un logiciel développé dans les caisses de Bretagne - Alinea - qui a été retenu (après qu'ait été aussi évaluée la possibilité de recourir à des outils de marché) et déployé ; enfin, concernant la formation, une mise en concurrence devait être effectuée pour retenir un logiciel adapté mais c'est finalement un outil développé par la CPAM de Lyon qui doit être déployé fin 2009. Le bilan ne propose pas d'autres éléments d'évaluation.

[837] Un quatrième volet relatif au pilotage et aux indicateurs doit être adjoint à ce SI (en cours de développement).

[838] Il est remarquable que l'outil Alinea intervienne à la demande des organismes, chacun étant libre de s'équiper, alors que les outils formation professionnelle et le pilotage/indicateurs à venir ne seront réalisés qu'avec les outils retenus au niveau national.

#### 2.2.3.2. Le projet comporte des risques à prendre en compte

[839] La COG comportait l'engagement suivant : «*La CNAMTS s'engage à adapter ou changer son outil SIRH pour la sortie d'un bilan social de branche et par organisme dans l'année suivant la signature de la Convention.* »

[840] **Cet objectif n'a pas été atteint ni dans l'année suivant la signature de la Convention, ni même en fin de COG, et il ne sera probablement pas atteint avant 2011, date prévisionnelle de déploiement du système de la branche famille à l'assurance-maladie**.

[841] Son déploiement est souhaitable rapidement et doit être suivi attentivement pour les motifs suivants :

- *GDP est aujourd'hui largement insuffisant.*

[842] Il s'agit essentiellement d'un dispositif de paye ne comportant aucune fonctionnalité de gestion des ressources humaines ou de pilotage.

[843] Les caisses primaires peuvent faire des requêtes sur GDP mais la direction des ressources humaines siège ne peut pas consolider les données. Elle ne dispose dès lors pas d'éléments de pilotage en dehors de ce que lui fournit l'UCANSS qui est à l'évidence insuffisant (pas d'analyse fine des évolutions de structure de compétences ; pas d'analyse des pratiques de formation ; pas de suivi de la conflictualité ou des contentieux ressources humaines... Etc.)

[844] Plus particulièrement,

- la direction des ressources humaines de la CNAMTS ne dispose pas d'éléments de suivi de la réalisation des entretiens d'évaluation. Il n'est donc pas possible, sauf à conduire des enquêtes particulières, de disposer au niveau national d'une cartographie des évolutions et besoins de compétences.
- l n'est pas possible non plus de suivre les mobilités inter CPAM, chaque organisme gère en effet dans le système son numéro agent.
- le système génère de nombreuses ressaisies : par exemple pour suivre l'évolution de la masse salariale il faut aller sur « entrepôt de données » de GDP puis éditer en sortie papier les éléments salariaux et ressaisir sur Excel.

➢ *La migration vers GRH est néanmoins porteuse de risques*

[845] L'assurance-maladie a fait le choix du déploiement de l'outil GRH de la branche famille dont est également dotée la branche recouvrement (il faut toutefois noter que la branche vieillesse à déployé HR Accès).

[846] Le choix d'outils propriétaires conduit immanquablement à mobiliser et maintenir au sein de la sécurité sociale des compétences informatiques alors même que l'assurance-maladie éprouve déjà d'importantes difficultés dans la gestion de ses personnels informatiques, qui doivent être mobilisés en priorité sur l'informatique « métiers ».

[847] S'il est opportun de parvenir à terme à un outil partagé au sein de la sécurité sociale, le choix de GRH pose un certain nombre de problèmes :

- GRH ne pourra être déployé au sein de l'assurance-maladie qu'à compter de 2011 ;
- par voie de conséquence, la CNAMTS a décidé de déployer un outil de pilotage des compétences (alinéa) et un outil de suivi des formations (aliform) développés par des CPAM, ces outils devant être interfacés avec GRH le moment venu. Il faudra donc gérer des interfaces avec des outils déjà en exploitation au lieu de faire ce qui se pratique normalement dans le déploiement d'un outil de ressources humaines, c'est-à-dire déployer d'abord le cœur du système de paye, puis dans un deuxième temps les outils GRH qu'il alimente.

[848] -la gestion des relations avec la branche famille n'est pas maîtrisée : la convention CNAMTS/ CNAF n'est pas encore signée en juin 2009 ; les retards pris au cours des derniers mois font craindre que la branche famille ne soit pas en situation d'assurer une qualité de service correspondant aux standards minima du marché ; or, si les adaptations, paramétrage et interfaces seront de la responsabilité du personnel informatique de l'assurance-maladie, la maintenance et les évolutions du produit seront de la responsabilité de la branche famille.

[849] La CNAMTS ne souhaite pas rendre obligatoire l'utilisation des nouveaux produits Alinea et Aliform par les caisses primaires. Il existe en effet un certain nombre de développements locaux ou de progiciels déployés par des CPAM. Il ne sera donc pas possible d'homogénéiser les pratiques ni en matière de pilotage, ni en matière de gestion des compétences et des emplois, ce qui est préjudiciable à l'homogénéisation des pratiques requise par la COG.

**Recommandation n° 52 : Tendre vers une unité des outils de pilotage RH utilisés par les caisses**

# 3. PILOTAGE DES RESSOURCES HUMAINES

## *3.1. Les indicateurs relatifs aux ressources humaines sont relativement pauvres*

[850] La COG ne prévoit pas d'indicateurs assignés aux sujets de ressources humaines. De même, le tableau d'échéances de mise en œuvre annexé à la COG ne retient qu'une échéance pour le volet ressources humaines : l'année 2007, pour la sortie d'un bilan annuel consolidé. En revanche :

- le système de suivi des objectifs « OSEO » comporte deux indicateurs de ressources humaines pour le Secrétariat général de l'établissement public (réduction des délais de recrutement, renforcement de la capacité de management de l'encadrement), deux pour la DDO (certification des DAM, augmentation de la part des effectifs sur la gestion du risque et la lutte contre la fraude) et un pour la DDGOS (recrutements dans le projet diabète) ;
- les contrats pluriannuels de gestion comportent quelques indicateurs relatifs aux ressources humaines mais ceux–ci sont d'ordre très général (modernisation du management) ;
- des indicateurs RH sont également collectés par une enquête annuelle auprès des organismes sur le suivi des préconisations faites par la CNAMTS concernant la politique de rémunération (questionnaire, sauf pour les CRAM), les effectifs (en personnes physiques rémunérées), la rémunération (répartition par niveau de classification ; volume total de points rémunérés visant à identifier la part relative de chaque élément de rémunération dans la rémunération globale) et les formations suivies (notamment les formations nationales) par les titulaires de certains métiers ciblés[44]. L'ensemble des ces indicateurs relève de la même enquête annuelle envoyée aux 4 catégories d'organismes. Comme indiqué supra, ils ne résultent pas d'informations issues du système d'information.

## *3.2. Le dispositif de pilotage donne un rôle d'impulsion à la caisse nationale, encore insuffisamment assumé*

### 3.2.1. Des responsabilités disséminées

[851] Le personnel médical appartenant à la caisse nationale est directement géré au plan national (qui assure notamment l'organisation des concours). Les directeurs régionaux du service médical proposent les promotions et disposent d'un pouvoir délégué sur les mutations régionales. Les personnels administratifs du service médical sont gérés par la direction régionale du service médical.

[852] La gestion des autres personnels administratifs est de la responsabilité des caisses primaires[45] : les directeurs des caisses ont l'ensemble des responsabilités de gestion du personnel. Ils sont censés inscrire leur action dans le cadre du schéma directeur des ressources humaines. Celui-ci fournit un corpus d'usages généraux et de repères, complétés par des analyses sur des emplois ciblés. Les emplois analysés ont été choisis soit parce qu'ils représentaient des catégories avec d'importants flux de départ, soit en raison d'une évolution profonde du métier et de nouveaux besoins de compétences. Une vingtaine d'emplois ont été ciblés représentant 70 à 80 % des salariés. Toutefois le schéma directeur des ressources humaines n'inclut pas les personnels des centres de traitement de l'information (qui sont traités par le service des ressources humaines de la direction informatique) ni des UGECAM.

[44] Pour les CPAM et les CGSS : téléconseillers, DAM et managers ; pour les CRAM : gestionnaires de la tarification des risques professionnels, contrôleurs de sécurité et ingénieurs conseil ; pour les DRSM : gestionnaires de production du service médical et managers.

[45] La gestion de l'encadrement supérieur a fait l'objet d'un rapport de l'IGAS en 2007 (IGAS, Gestion des carrières des agents de direction, rapport n°2007-069)

[853] De plus le personnel de la CNAMTS est géré par une direction des ressources humaines spécifique ; il en va de même des personnels informatiques. Même si ce choix organisationnel ne paraît pas nécessairement dommageable en matière de gestion des emplois et des compétences, en revanche les fonctions d'administration du personnel gagneraient à être regroupées pour des questions d'économie d'échelle.

**Réponse de l'organisme :** *Il n'existe pas de direction des ressources humaines propre au personnel de l'informatique : eu égard à sa taille et à son organisation géographique et transverse à l'Etablissement public et aux organismes (Centre de production informatique), une fonction RH a été identifiée au sein de la DDSI et mise en place en 2007 dans le cadre de la réorganisation de la direction déléguée : il s'agit du Département Dynamique des Ressources Humaines et des Moyens (DDRHM). Cette fonction agit effectivement, en articulation avec la DRHEP et la DRH Réseau, sur la gestion des emplois et des compétences. En revanche, la DDRHM n'exerce aucune fonction d'administration du personnel. Cette compétence relève strictement du périmètre de la DRHEP.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[854] La DRH réseau joue un rôle de conception et de pilotage d'ensemble. Toutefois :

- le manque d'informations disponibles en raison d'une part de la faiblesse du système d'information sur les ressources humaines, d'autre part du rôle confié à l'UCANSS ne permet pas d'assurer un suivi suffisant. Cet enjeu est essentiel au regard de la question de l'adéquation des effectifs aux fonctions. Il détermine en effet largement le niveau d'emploi ;
- la direction des ressources humaines réseau n'a pas non plus la possibilité d'imposer des programmes de formation aux caisses même si ses orientations se sont affirmées (lettre réseau). Ceci ne manquera pas de poser problème dans le cadre d'évolutions importantes de type évolution des métiers ou mutualisations de fonction.

### 3.2.2. Un pilotage à renforcer

[855] La question de la fragilité du pilotage des ressources humaines de l'assurance-maladie mérite d'être soulignée. Des efforts ont certainement été accomplis. Mais les retards pris par exemple dans le déploiement du système d'information montrent bien que la question n'est pas considérée comme prioritaire.

[856] Deux éléments paraissent essentiels pour permettre une amélioration de la situation lors de la prochaine COG :

- *Il faut clarifier de manière extrêmement précise et opérationnelle les relations entre l'assurance-maladie et l'UCANSS.*

[857] La COG de l'UCANSS apparaît comme un document « attrape-tout » et qui n'évoque pas de manière précise les répartitions de responsabilité entre services des ressources humaines.

[858] Il n'est pas souhaitable de se reposer uniquement sur l'UCANSS en matière de pilotage des ressources humaines et de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences : des éléments aussi essentiels que l'évolution des compétences ou la conduite du changement doivent être gérés par les acteurs de l'assurance-maladie. S'il appartient naturellement à l'UCANSS de jouer son rôle transversal en matière de négociations sociales, de garantir une mobilité des personnels de direction bénéfique pour tous, et de fournir des services à la demande (et dans certains cas imposés pour des questions de coûts) en matière d'informatique en ressources humaines, de formation notamment, cela ne devrait pas empêcher la CNAMTS de continuer à développer sa fonction ressources humaines, qui est un levier central de la performance dès lors que l'assurance-maladie est avant tout une entreprise de services et de main-d'œuvre.

**Recommandation n° 53 : Une convention de services extrêmement précise doit être négociée entre l'UCANSS et la CNAMTS.**

- *Mener une politique nationale de ressources humaines plus affirmée.*

[859] La fonction ressources humaines devrait être beaucoup plus coordonnée au niveau central dans la prochaine COG : c'est la condition incontournable d'une poursuite de la modernisation de l'assurance-maladie (mutualisations, modifications de structure et d'organisation, accompagnement de l'évolution des métiers...)

[860] Cette mise à niveau de la gestion des ressources humaines est aussi requise par le constat que la fonction ne semble pas être partout considérée comme stratégique, et est fréquemment vue comme purement administrative. En résulte un niveau de recrutement ou un positionnement insuffisant, une implication directe des directeurs dans les recrutements ou fonctions qu'ils jugent essentielle, et une hétérogénéité des conditions de mise en œuvre des règles de gestion

[861] Il y a peu de cas de mutualisation de fonctions dans le domaine des ressources humaines. Malgré l'existence d'un certain nombre de processus nationaux dans les plans de maîtrise socle, les règles détaillées de gestion ne sont pas les mêmes selon les organismes.

[862] La centralisation de la paye, aujourd'hui assurée par les CTI, pourrait être un premier pas. À titre d'exemple la CPAM du Loiret dispose d'une structure de gestion de la paye comportant un adjoint en charge de la paye et du recrutement et six techniciens pour un traitement de 7000 bulletins de salaire. La CPAM de Chartres a calculé un coût du bulletin de paye de 27 € le bulletin (incluant les personnels de paye et les contrôles de l'agence comptable ; uniquement charges salariales et sans imputation des autres éléments de coût) pour 4137 bulletins édités par an. La CNAMTS ne dispose d'aucun benchmark sur le coût de la fonction paye.

[863] Le contrôle des contrats de travail ou l'élaboration de contrats type par le niveau national est une autre piste. L'hétérogénéité des règles adoptées en matière de RTT souligne cette nécessité de surveillance des horaires, ici collectifs : on constate une absence de connaissances par la CNAMTS d'un élément fondamental de l'organisation du travail et de la productivité dans les caisses[46].

### *3.3. Un système managérial perfectible*

#### 3.3.1. Système managérial national

[864] L'éclatement de l'assurance-maladie en structures départementales (voir infra départementales) pose un problème de pilotage managérial. La relation hiérarchique est directe entre les 128 (demain 101) directeurs de caisses primaires et le directeur général de la CNAMTS. En dépit de l'existence d'une direction du réseau, il ne peut donc pas y avoir de réelles discussions de ses objectifs, moyens, performances entre chaque directeur de caisse et son supérieur hiérarchique. Il n'existe pas non plus, hors du CPG, de lettre de mission aux nouveaux directeurs de caisses primaires sauf dans le cas spécifique des fusions.

[865] Dès lors, le contenu du CPG n'est pas réellement discuté ni ne peut faire l'objet d'actualisation en cours d'année. L'intéressement n'étant pas véritablement discriminant entre caisses, seule la prime de résultat de 1,5 mois peut concrétiser l'établissement d'une relation sur les objectifs entre la direction de l'assurance-maladie et ses cadres dirigeants.

[46] Le dispositif est fondé sur une lettre de cadrage de l'UCANSS. Chaque directeur de CPAM a négocié son propre accord avec une validation des accords au plan national. Cette validation n'a porté que sur la conformité à la lettre de cadrage et non sur l'opportunité. Lorsqu'il doit y avoir modification d'un accord cela relève aujourd'hui d'une négociation locale. Le directeur de la caisse primaire doit alors adresser ses modifications à l'UCANSS qui vérifie la conformité juridique de l'accord.

[866] La communication de la direction générale est assurée par la direction de la communication dans de bonnes conditions, même s'il peut être étonnant que le choix n'ait pas été fait de donner cette fonction à la direction des ressources humaines contrairement à ce qui se passe dans les autres entreprises. La DDO organise une réunion trimestrielle des directeurs de caisses primaires. Une lettre (info dirigeant) est diffusée par mail auprès de l'ensemble des directeurs pour traiter ponctuellement des sujets importants ; le dispositif est enfin complété par les lettres réseau ainsi que par des réunions thématiques.

### 3.3.2. Système managérial local

[867] Les CPAM visitées par la mission ou ayant fait l'objet de rapports d'audit sont toutes organisées selon le même modèle :

[868] Pour ce qui concerne l'animation des équipes de direction, se tiennent un comité de direction (ne comportant malheureusement généralement pas le médecin chef de l'échelon local[47]) et comité de direction élargi (associant dans un certain nombre de cas les responsables de processus, mais malheureusement pas toujours).

[869] Pour ce qui concerne les autres équipes, les pratiques sont plus diverses et semblent dépendre de la personnalité du directeur en matière d'animation du reste des équipes. La documentation des travaux de direction qui permet leur diffusion est par exemple relativement variable. Il y a semble-t-il généralement des ordres du jour mais par exemple pas de comptes rendus du comité de direction au niveau de la CPAM du Loiret qui organise deux fois par an des réunions générales de l'encadrement à visée thématique. La CPAM des Hauts-de-Seine organise une réunion annuelle de l'encadrement complétée par des réunions trimestrielles avec les chefs de service. La CPAM de Saint-Quentin organise une réunion mensuelle des 25 membres de l'encadrement et une réunion annuelle de l'ensemble du personnel pour présenter les résultats passés et les objectifs.

[870] Le dispositif de la CPAM de Chartres est plus sophistiqué : les quatre cadres dirigeants se réunissent en comité de direction tous les 15 jours avec un procès-verbal diffusé sur intranet à l'ensemble de l'encadrement. Le médecin-conseil de l'échelon local ne participe pas (mais il est membre du comité de pilotage de la gestion du risque). Un comité de direction élargi associe l'ensemble des pilotes de processus chaque mois et donne lieu à un procès-verbal. Les objectifs de la direction sont traduits dans un projet d'entreprise actualisée chaque année. En fin d'année le bilan en est réalisé par les pilotes de processus et il y a préparation des objectifs de l'année suivante déclinés du CPG et du projet d'entreprise. En janvier les pilotes travaillent sur la création du nouveau projet d'entreprise actualisé qui est présenté à une assemblée générale du personnel début février. Le dispositif est chaîné avec les évaluations qui devraient à partir de l'année prochaine s'inscrire de mars à fin juin (elles se déroulent actuellement de mai à septembre).

[871] Le système **d'entretiens individuels** prévus par l'accord collectif fonctionne très largement[48]. Il est l'occasion de discuter avec le salarié des objectifs de son secteur, de ses objectifs et de ses résultats. Les campagnes d'entretiens d'évaluation peuvent se prolonger jusqu'en septembre (CPAM du Loiret et CPAM d'Eure-et-Loir) avec une volonté des directeurs d'achever les entretiens en juillet afin de permettre la prise de décision sur l'attribution des points de compétence entre les mois d'août et septembre. Le système a sans doute largement contribué à faire entrer une culture d'objectifs au sein de l'assurance-maladie.

[47] à la CPAM du Loiret les rencontres ont lieu au fur et à mesure des besoins et ne sont pas institutionnalisées, même en matière de lutte contre les fraudes = les rencontres ont lieu au comité régional de lutte contre les fraudes

[48] Source: rapports d'audit et entretiens en région Centre

# Annexe 4.3 : Eléments de bilan et perspectives concernant la gestion des systèmes d'information

[872] Les systèmes d'information de la CNAMTS ont fait l'objet de nombreux travaux ces dernières années. La Cour des comptes, l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection des finances s'y sont penchés à plusieurs reprises Il faut y ajouter les audits internes. [49].

[873] Plus récemment, la Cour des comptes a commencé au printemps 2009 un travail approfondi sur la gouvernance des systèmes d'information. En effet, la direction déléguée aux systèmes d'information de la CNAMTS réorganisée en 2004 connait des difficultés récurrentes de pilotage alors que les enjeux auxquels doit faire face la branche sont très importants en termes de service offert et d'amélioration de la productivité.

[874] Malgré tous ces travaux, compte tenu des enjeux, la mission a jugé utile de fournir des premiers éléments de bilan et quelques perspectives afin de nourrir les discussions préparatoires à la prochaine COG[50]. En effet, la question de la gouvernance n'épuise pas le sujet des systèmes d'information. Il faut aussi pouvoir en tracer les perspectives, techniques, fonctionnelles, de façon à ce que la COG soit l'occasion de formaliser les engagements nécessaires à une évolution maitrisée des systèmes d'informations. Plusieurs des constats faits dans la présente annexe avaient déjà été mis en exergue dans les précédents rapports ce qui illustre les difficultés de la CNAMTS à faire évoluer dans les faits son organisation en matière de systèmes d'information.

## 1. UNE REORGANISATION DIFFICILE

### *1.1. Un pilotage réorganisé qui n'impacte qu'assez peu les pratiques. Une fonction ressources humaines sous dimensionnée*

[875] Les organes de direction du système d'information ont été réorganisés en 2007. Auparavant distinctes, les fonctions de maîtrise d'ouvrage de la branche (le rôle de la direction de maitrise d'ouvrage de branche – DMOB - était d'arbitrer les demandes des maitrise d'ouvrage des directions métier) et de maîtrise d'œuvre ont été regroupées au sein de la même direction, la direction déléguée des systèmes d'information (DDSI). Par ailleurs la réorganisation a été conduite autour de quelques orientations destinées à remédier aux carences jusque là constatées :

- réaffirmation de l'importance du pilotage stratégique et opérationnel de l'activité et des projets,
- positionnement central de la fonction architecture et de l'innovation technologique dans les missions de la DDSI,
- recherche d'une plus grande industrialisation des processus de fabrication et de diffusion des composants applicatifs,
- consolidation des activités relatives aux systèmes informationnels dans un schéma de gouvernance intégré.

[49] Notamment dans le cadre du rapport d'audit IGAS/IGF (référencé 2004-161) sur les dépenses informatiques du régime général d'assurance maladie ; audit de l'organisation et du pilotage des organismes oeuvrant à l'informatisation du système de santé, rapport IGAS N° RM-2006-133

[50] Pour ce faire la mission a rencontré les équipes de la direction déléguées des systèmes d'information. Elle a centré son analyse sur les évolutions du système d'information lors de la prochaine convention. Pour ce faire elle a rencontré l maitrise d'ouvrage de la Direction déléguée aux opérations. Elle a également profité de toutes ses visites dans les caisses primaires pour faire un bilan de la situation des caisses et de leurs besoins à venir.

[876] Un audit conduit en 2008[51] pour le compte de la CNAMTS a conclu au décalage entre les principes de la réorganisation et la réalité de sa mise en œuvre. L'appropriation de ces principes par les équipes de la DDSI n'est pas encore achevée, et leurs pratiques n'ont encore que peu évolué. Ce constat démontre que la conduite du changement est très difficile au sein de cette direction.

**Réponse de l'organisme :** *L'audit commandité en 2008 avait pour objectif de déterminer si l'organisation DDSI nouvellement mise en place prenait, un an après, la bonne direction ou non. Les auditeurs avaient jugé que globalement, la direction était la bonne et que les ajustements au niveau de la structuration de la DDSI n'étaient pas à ce stade nécessaires ou tout du moins pas une priorité du moment.*

**Observation de la mission :** *V u.*

[877] Si la mise en place de la direction assistance et relation métier (DARM) et du département planification et pilotage portefeuille de projet (D4P) a permis des améliorations, la mission s'étonne que sur la plupart de projets, dont les plus structurants et les plus critiques, aucune étude à de valeur ne soit disponible (cf. infra).

[878] Pour améliorer et mieux structurer la relation avec les équipes de maîtrise d'ouvrage des directions métiers, un pôle d'assistance à maîtrise d'ouvrage et de gestion des projets, la DARM, a été mis en place au sein de la DDSI. Il permet d'offrir aux maîtrises d'ouvrage métiers un interlocuteur unique sur toute la chaîne, de la réception des demandes d'évolution jusqu'à la livraison des projets. Cette direction s'est organisée en miroir de celles des directions opérationnelles pour faciliter les relations avec les directions métiers. Les équipes de la DARM sont en outre chargées de veiller à la cohérence fonctionnelle des demandes des maitrises d'ouvrage. Cependant il n'existe pas d'instance collective dédiée au sujet « Cohérence fonctionnelle », qui dépend donc fortement de la veille individuelle réalisée par les consultants fonctionnels de la DARM.

**Réponse de l'organisme :** *La cohérence du Système d'Information est traitée dans ses aspects fonctionnels dans le cadre du Comité de coordination des maîtrises d'ouvrage et dans ses aspects techniques dans le cadre du Comité d'architecture.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[879] Les pivots de la nouvelle organisation sont les directeurs de projet. Ils doivent disposer d'une visibilité maximale sur les plannings et plans de charge, dans une logique d'affectation de ressources et d'ajustement du dispositif au fil de l'eau. Les directeurs de projet assurent notamment le reporting vers le D4P pour permettre à ce dernier de construire une vision consolidée de l'utilisation des moyens. Mais à la différence de ce que l'on pourrait rencontrer dans d'autres organisations, le directeur de projet n'est pas comptable des moyens qui lui sont attribués, qu'il s'agisse des moyens financiers ou des moyens humains.

**Réponse de l'organisme :** *Le directeur de projet assure une coordination transverse des équipes en charge des projets. Cette logique est inscrite dans l'organisation de la DDSI qui a été mise en place en 2007.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[880] Le D4P est chargé de fournir une vision consolidée des projets MOA/MOE. Son activité consiste essentiellement en la gestion du plan d'actions, le suivi des commandes et la structuration de la méthode de projet MOA/MOE. Ce département, contrairement à ce qui était prévu, ne joue pas de rôle de décision et d'arbitrage pour favoriser le respect des délais et des coûts par les projets et les plans produits.

[51] Audit réalisé par le cabinet INEUM

**Réponse de l'organisme :** *Dans le cadre de ses attributions, D4P assure le secrétariat et anime le Comité de coordination des maîtrises d'ouvrage notamment en charge des arbitrages projet (délais et moyens). En intra DDSI, le D4P anime un comité mensuel de suivi du plan de charges, où sont passés en revue les avancements et risques des projets. Les décisions du ressort de la DDSI relatives à des arbitrages de priorités ou d'affectations de moyens y sont également prises. Enfin, le D4P organise des revues ciblées de projets dont l'application des décisions est ensuite suivie et contrôlée.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[881] Enfin, un département en charge de la dynamique des ressources humaines et des moyens (DDRHM) regroupe l'ensemble des services de gestion et de support administratif au sein d'une seule structure directement rattachée au directeur de la DDSI. Chargé de piloter la politique RH arrêtée par la DDSI, ce département assure un support aux autres structures de la DDSI sur le plan de la gestion des ressources humaines et des moyens. La planification et l'affectation des ressources supposent l'existence et la mise à jour régulière d'un référentiel des compétences centralisé qui est encore en cours d'élaboration.

**Réponse de l'organisme :** *Le référentiel centralisé des compétences existe depuis fin 2008 sous la forme d'un dictionnaire des compétences qui a permis d'alimenter une base de données affectant à chaque collaborateur de la DDSI des compétences qualifiées par un niveau de maîtrise (Base ORUS). Ce travail est largement pris en compte pour objectiver les problématiques de compétences à la DDSI*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[882] La mission souligne que la réforme conduite par la CNAMTS n'a pas permis de remédier à la principale limite de la gouvernance des systèmes d'information. En effet, le pilotage actuel reste fortement orienté sur l'analyse a posteriori et ne permet pas aux décideurs de disposer des informations prospectives nécessaires à l'optimisation de l'allocation des ressources et à une priorisation pertinente des projets. Ce constat déjà fait en 2008 est aux yeux de la mission un point critique sur le chemin de progrès que souhaite suivre la Direction générale.

**Réponse de l'organisme :** *La mission estime que le pilotage actuel ne permet toujours pas aux décideurs de disposer des informations prospectives nécessaires à l'optimisation de l'allocation des ressources et à une priorisation pertinente des projets. Depuis la fin de l'année 2008, la DDSI bâtit en collaboration avec les maîtrises d'ouvrage un plan de charges ayant vocation à organiser la priorisation et la programmation des projets pour l'année suivante. Le résultat de ce travail fait l'objet d'une validation de la part de la Direction Générale. Le suivi et le contrôle du respect de cette feuille de route sont ensuite assurés régulièrement dans les instances de gouvernance avec synthèse en dernier ressort, en Comité stratégique informatique.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

### *1.2. La réorganisation doit maintenant embrasser la fonction production et l'organisation territoriale*

#### 1.2.1. La production devrait, enfin, être réorganisée

[883] La convention d'objectif et de gestion 2006-2009 prévoyait une rationalisation des centres de production. Un état des lieux et un plan d'évolution devait être prévu à mi-COG, ce qui n'a pas été fait.

**Réponse de l'organisme :** *Un projet lié à la réorganisation des Centres de production informatique (projet SPI) a été lancé en 2007. Il comportait deux volets. Le premier concerne principalement la fiabilité et l'industrialisation de la production dans le sens de la qualité et de la cohérence du service. Il a fait l'objet d'un suivi rigoureux, jusqu'à la mise en place opérationnelle effective des dispositions retenues de façon coordonnée et homogène dans les Centres de production informatique. Le second volet est plus prospectif et concerne la préparation de l'organisation future. Les actions du projet SPI, dans cette phase, relèvent plus de l'étude préalable et d'opportunité que du projet proprement dit. De ce fait, l'approche tient compte de la sensibilité sociale du sujet et consiste à faire émerger une cible et des propositions. Compte tenu de sa nature, cette étude a été conduite de manière itérative et interactive auprès d'un public restreint. Il aurait été prématuré de lancer une structure projet dédiée. Par ailleurs, de 2007 à fin 2008, priorité a été donnée à la stabilisation de la production. Il a fallu prendre en compte ou terminer des évolutions lourdes (Réno 2003) et maîtriser les impacts conséquents sur la production des évolutions réglementaires (Médecin traitant, Franchises). Ceci n'a pas empêché la DDSI de mener en parallèle des actions de rationalisation de la production (couloirisation, exploitabilité, SEN etc.)*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[884] Les études réalisées par la DDSI montrent en 2008 une répartition des effectifs (hors CTI, donc sur la base de 1059 ETP) entre les différentes fonctions (charges internes et externes) comme suit.

Tableau 98 : Répartition des charges globales internes et externes (sous-traitants) sur les secteurs d'activités de la DDSI, de janvier à décembre 2008

| | **Charges consommées en 2008 - ETP** | |
|---|---|---|
| | Nb | % |
| **Projets plan** | 294 | 28% |
| **Maintenance** | 97 | 9% |
| **Management, pilotage et administratif** | 203 | 19% |
| **Projets (autres que plan)** | 73 | 7% |
| **Support SI** | 271 | 26% |
| **Production/exploitation et logistique (hors CTI)** | 121 | 11% |
| **Total** | **1059** | **100%** |

*Source : CNAMTS, DDSI*

[885] On notera que les effectifs consacrés aux projets ne représentent qu'un tiers des ressources, tandis que le support en représente 26%.

[886] On observera également que les effectifs sur les fonctions d'appui (management, pilotage et administratif) sont importants puisqu'elles absorbent 19% des moyens. Ce taux, si aucune erreur de comptabilisation ne lui était imputable, parait disproportionné. Un examen plus détaillé de la répartition des personnels concernés, réalisé à partir des études de la DDSI, montre des décalages importants entre certaines fonctions qui paraissent très bien pourvues (communication par exemple avec 19 ETP même si cette fonction englobe la mise en ligne intranet) et d'autre pour lesquelles ne sont consacrées que peu de moyens alors qu'elles sont stratégiques (GRH, 7 ETP pour 1 500 personnes).

**Réponse de l'organisme :** *La mission note des décalages importants entre certaines fonctions très bien pourvues : communication 19 ETP et d'autres pas assez alors qu'elles sont stratégiques : GRH 7 ETP pour 1500 personnes. La communication à la CNAMTS relève de la compétence de la Direction de la communication (DICOM). A ce jour, un seul agent exerce l'emploi de Chargé de communication au sein de la DDSI : il s'agit d'un agent rattaché au cabinet du directeur délégué. Les imputations dont il est fait mention correspondent à des activités de communication exercées ponctuellement par les agents de la DDSI : participation à des séminaires, réalisation des entretiens d'évaluation, participation à des réunions de service ou d'informations générales. Concernant le taux des fonctions d'appui constaté à la DDSI (19% des moyens), outre le management (dont le taux est similaire à celui constaté d'une manière générale au sein de l'Etablissement public), ces activités englobent la totalité des fonctions Achat, Ressources Humaines, Contrôle de gestion, Pilotage transverse, Assurance qualité, PMO, Cabinet…, fonctions dont le rapport souligne par ailleurs qu'elles seraient sous dotées. La gestion des RH à la DDSI (DDRHM) présentée comme disposant de peu de moyens (7 ETP pour 1500 personnes), bénéficie également des services de la direction des RH de l'EPN (SG/DRHEP) pour toutes les opérations qui ne sont pas spécifiques au métier informatique.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

Tableau 99 : Répartition des ETP sur la fonction management, pilotage et administratif, en ETP, en 2008

| | ETP | |
|---|---|---|
| | **Nb** | **%** |
| **Relations fournisseurs, suivi des marchés, plan d'équipement, budget** | 30 | 15% |
| **Communication** | 19 | 10% |
| **Gestion RH** | 7 | 4% |
| **Support au pilotage** | 33 | 17% |
| **Management** | 71 | 36% |
| **Secrétariat - logistique administrative** | 26 | 13% |
| **Contrôle de gestion** | 8 | 4% |
| **Développements d'outils d'aide au pilotage** | 6 | 3% |
| **Total** | **200** | **100%** |

*Source : CNAMTS, DDSI*

[887] Dans l'organisation actuelle, la DDSI assume les tâches de premier niveau de la fonction RH, en particulier en termes d'entretiens individuels pour propositions de promotions ou d'augmentation de salaires. Ceci explique le nombre d'ETP affecté à la fonction RH.

**Réponse de l'organisme :** *La mission estime qu'il s'agit d'un handicap, dans la mesure où elle assume l'ensemble des tâches de la fonction RH et en particulier la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. La fonction interne à la DDSI agit effectivement, en articulation avec la DRHEP et la DRH Réseau, sur la gestion des emplois et des compétences. En revanche, la DDRHM n'exerce aucune fonction d'administration du personnel. Cette compétence relève de la DRHEP. Il est faux de dire que la DDRHM "assume l'ensemble des tâches de la fonction RH" : le recrutement administratif, la paie, la formation, la gestion des primes et intéressement, ou la gestion de la grille des emplois et compétences, etc. sont réalisés par la DRHEP du SG. A l'instar des autres directions, le DDRHM de la DDSI effectue essentiellement les premiers niveaux d'entretiens individuels, les propositions d'augmentation et de promotion, la rédaction des demandes de recrutement pour la population des informaticiens. Une feuille de route des collaborations entre DRHEP et DDRHM est par ailleurs en vigueur depuis fin 2008, qui précise ces points.*

**Observation de la mission :** *Réponse prise en compte et le §887 modifié en ce sens.*

[888] Les effectifs de production au niveau de l'établissement public sont de 121 ETP (11%). Il faut y ajouter les effectifs en CTI qui sont de 565 ETP (soit un total de 686 pour la DDSI et les CTI). Les effectifs consacrés à la production représentent 42%des 1 624 ETP consacrés au total à la fonction informatique, ce qui est important.

[889] Compte tenu des besoins actuels en termes de production il semble que les moyens qui y sont consacrés sont trop importants. La refonte de l'architecture technique autour d'UNIX a permis de simplifier et d'harmoniser la production. Par ailleurs le passage en système ouvert a modifié en profondeur les compétences nécessaires des équipes de production. Aussi, on peut considérer qu'aujourd'hui il y a des sureffectifs en matière de production.

[890] Cette situation s'accompagne d'une organisation territoriale très éclatée. Aujourd'hui répartie sur 9 sites l'utilisation des moyens alloués à la production pourrait être optimisée en réduisant le nombre d'implantations géographiques. Cette réorganisation permettrait de réduire le coût des fonctions supports et probablement, par une augmentation du volume d'activité, d'améliorer la productivité.

[891] Une telle évolution supposerait des changements profonds pour une bonne partie des personnels aujourd'hui affectés à la production. C'est une double opportunité dont doit se saisir la DDSI. C'est une possibilité ouverte de redéployer une partie des personnels en fonction de ses besoins et de ses priorités, et pour les agents c'est l'occasion d'embrasser de nouvelles fonctions et de dynamiser leurs carrière. La fonction de développement, ou bien de nouvelles fonctions, par exemple en termes de support ou d'animation nationale des fonctions informatiques des organismes des réseaux (cf. infra) pourraient ainsi être utilement renforcées. Cette opération demandera un accompagnement important aussi bien en termes de mobilité géographique, qui ne pourrait se faire que sur la base du volontariat, que de mobilité fonctionnelle.

**Réponse de l'organisme :** *La mission estime que l'utilisation pourrait être optimisée en réduisant le nombre d'implantations géographiques. Suite aux recommandations de la mission, des études ont été engagées. La mission estime qu'une telle évolution permettrait de redéployer une partie des personnels en fonction des besoins et des priorités et serait pour les agents l'occasion d'occuper de nouvelles fonctions. Sur la base des expériences passées et du recensement des compétences, la faisabilité de reconversion des métiers de la production vers ceux de la fabrication et du développement doit être largement nuancée.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

### 1.2.2. Un recours à la sous-traitance qui pourrait encore progresser sur certaines activités

[892] Les chiffres de l'année 2008 indiquent, selon une étude de la CNAMTS, que 81% de la charge a été supportée par les équipes de la DDSI, tandis que 17% a été externalisée. Lorsque le périmètre est restreint à ce que la CNAMTS appelle le « cœur de fabrication [52]», qui regroupe les fonctions d'ingénierie, de conception et de développement, les ratios passent réciproquement à 65 et 31%.

[893] La sous-traitance est donc la plus importante sur les thèmes les plus stratégiques. Cette question recouvre plusieurs enjeux fondamentaux pour l'avenir des SI. D'une part l'équilibre entre ces deux modes de développement détermine largement le portefeuille de projets que la DDSI peut conduire simultanément. D'autre part, de cette répartition découle également la capacité de la CNAMTS à garder la maîtrise stratégique, technique et fonctionnelle de ses propres systèmes d'information.

[52] Le cœur de fabrication regroupe les missions de la direction assistance et relation métier (DARM), la direction édition et gestion des composants (DEGC), la direction informationnel et aide au pilotage (DIAP), et la direction ingénierie et infrastructures (D2I).

Tableau 100 : Répartition des charges globales entre activités réalisées en interne, déléguées et externalisées, en ETP en 2008

| | **DDSI** | | **« Cœur de fabrication »** | |
|---|---|---|---|---|
| | Nb d'ETP | % | Nombre d'ETP | % |
| **Total interne** | 849 | 80% | 358 | 65% |
| **Total délégué** | 16 | 2% | 15 | 3% |
| **Total externe** | 184 | 17% | 169 | 31% |
| **Total** | 1 049 | 99% | 542 | 99% |
| **Hors DDSI** | 10 | 1% | 7 | 1% |
| **Total** | **1 059** | **100%** | **549** | **100%** |

*Source : CNAMTS, DDSI*

[894] Le recours à la sous-traitance doit être envisagé à l'aune des ressources considérées comme critiques et à conserver en interne. Il doit être organisé de sorte que grâce au transfert de compétences l'externalisation soit toujours réversible.

[895] La DDSI a indiqué à la mission qu'elle estimait aujourd'hui avoir atteint sa capacité maximale de sous-traitance. La mission n'est pas en mesure de porter un jugement sur cette affirmation. Néanmoins un ratio de 31% d'externalisation sur le « cœur de fabrication » semble indiquer que le maximum est effectivement proche. Toutefois, si l'on considère l'ensemble de l'activité une progression de l'externalisation est encore possible sur des activités moins critiques, par exemple le support aux utilisateurs.

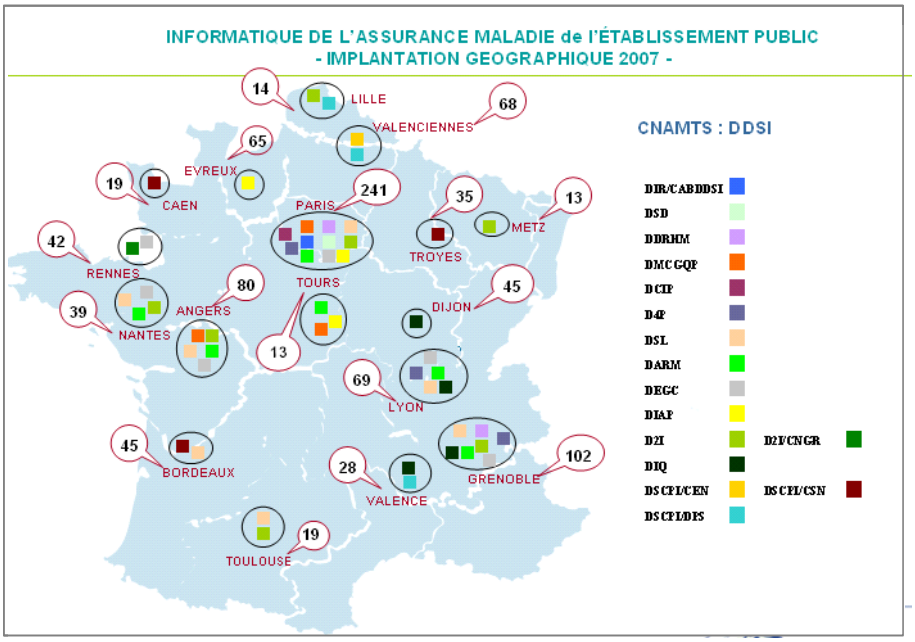
**Réponse de l'organisme :** *La mission estime que la DDSI est près d'atteindre sa capacité maximale de recours à la sous-traitance mais qu'une progression de l'externalisation est encore possible sur des activités comme le support aux utilisateurs. Le recours à ce niveau d'importance à la sous-traitance informatique est relativement récent au sein de l'Assurance Maladie (3-4 ans) Le constat que le seuil maximum de sous-traitance absorbable a été atteint vaut essentiellement pour les activités de développement dont le taux d'externalisation est de 50%. Il est par ailleurs lié à une montée en charge progressive des compétences nécessaires au pilotage des prestations tierces et de la pratique des techniques contractuelles adaptées. Ce taux augmente donc régulièrement ainsi que la maîtrise des prestations externalisées.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

### 1.2.3. L'éclatement territorial de la DDSI impose une réorganisation profonde

[896] La DDSI est structurée autour de 17 sites, les deux plus importants étant ceux de Paris (241 agents) et Grenoble (102 agents). Sur les autres sites, le nombre d'agents DDSI varie entre 80 (Angers) et 13 (Metz). 80 % des personnels sont aujourd'hui positionnés au sein des sites régionaux.

Schéma 1 : Organisation territoriale de la DDSI




*Source : CNAMTS, DDSI*

[897] Une telle organisation complique le management. Cette organisation est le produit de évolutions historique de la fonction SI de la branche maladie. Elle ne répond pas à une logique fonctionnelle car la dissémination des projets et des fonctions entre différents sites génère des coûts de coordination élevés et freine l'appropriation de méthodes homogènes de conduite et de suivi des projets. Cet éclatement est un déterminant essentiel de la difficulté qu'éprouve la DDSI à faire progresser ses méthodes de travail.

[898] Aux yeux de la mission ce chantier est prioritaire. Il crée une occasion importante pour introduire dans les faits les évolutions décidées au niveau national et faire évoluer les pratiques qui sont jusque là restées les mêmes. Il est certain que la rationalisation de cette organisation rendra le pilotage plus facile tout en permettant une plus grande efficacité des moyens mobilisés, en réduisant les coûts de coordination et les éventuelles redondances notamment en ce qui concerne les fonctions supports (gestion administrative, logistique, immobilier....).

[899] La mission tient néanmoins à souligner que l'articulation entre la réorganisation territoriale et la mise en œuvre des différents chantiers, fonctionnels, logiciel ou techniques est un point critique. En effet, il faut prendre soin de mette en œuvre cette réorganisation de sorte qu'elle ne déstabilise pas les équipes mobilisées sur les projets les plus importants et qui se situent à des phases critiques de leur cycle de vie.

### *1.3. Des développements locaux importants et non coordonnés*

[900] Dans toutes les caisses visitées la mission a pu observer qu'il existait des équipes informatiques. Si les moyens consacrés sont peu importants au regard de ceux qui sont engagés sur les autres fonctions des caisses (service des prestations voire même régulation), dans certaines ils peuvent être assez importants et comprendre plusieurs dizaines de personnes. Au total, tous réseaux confondus la fonction informatique occupait plus de 1 800 ETP dans les organismes locaux en 2008.

Tableau 101 : ETP de la fonction informatique dans les organismes locaux en 2008

| | ETP en 2008 |
|---|---|
| **CPAM** | 1 487 |
| **DRSM** | 160 |
| **URCAM** | 6 |
| **CRAM** | 173 |
| **Total** | 1 826 |

*Source : CNAMTS, DDO et DDSI*

[901] Il ne fait pas de doute que chaque caisse doit disposer d'une fonction informatique pour le support et les interventions de premier niveau, gérer le parc, et réaliser si besoin quelques développements locaux. Mais la mission a fait le constat d'une multiplicité des développements sans réflexion quant à la cohérence d'ensemble et à l'optimisation des moyens.

[902] Les applications développées localement sont très nombreuses (probablement plusieurs centaines). Il et normal et souhaitable que les caisses puissent combler les lacunes de SI nationaux qui ne pourront assurer une couverture exhaustive des besoins des organismes. Mais ces développements se font en l'absence quasi totale de pilotage national. Ce qui est très dommageable pour la cohérence des développements et des choix techniques qui sont faits. En outre l'absence de cartographie des applications locales conduit à multiplier inutilement des développements qui sont souvent redondants.

**Réponse de l'organisme :** *La mission estime que de très nombreuses applications sont développées localement quasiment sans pilotage national et que l'absence de cartographie des applications locales conduit à multiplier inutilement des développements souvent redondants. En 2008, la CNAMTS a organisé un recensement exhaustif des applications développées au sein du réseau afin d'une part, de s'assurer de la cohérence générale de ces dernières vis-à-vis de l'informatique national et d'autre part, de valider la conformité réglementaire (déclaration CNIL) et technique des applications développées. Ce travail de rationalisation est en cours de réalisation. La politique nationale en matière de développement d'applications locales a été communiquée au réseau : une lettre réseau a fait l'objet d'une parution en septembre 2009 afin de préciser les principes à suivre en matière de développement au niveau local soit : 1/compléter l'offre nationale par des outils proches des préoccupations locales, 2/s'assurer qu'ils sont réalisés conformément aux exigences techniques et sécuritaires de la branche, 3/contrôler le respect des obligations réglementaires au niveau local : CNIL, certification des comptes de l'organisme. Cette approche permet d'utiliser des ressources disponibles dans les organismes, de mutualiser leur production pour l'ensemble du réseau, et de garantir le respect des normes techniques retenues pour le système d'information de la branche.*

**Observation de la mission :** *La réalité des développements locaux et de leur articulation avec les priorités nationales ne correspond pas totalement aux critères et objectifs mentionnés par la caisse nationale dans sa réponse.*

[903] La DDSI a entrepris de renforcer le pilotage national. Elle a mis en place un dispositif de labellisation intéressant qui est cependant perfectible. Certaines applications locales peuvent ainsi obtenir, à la demande des caisses qui en sont à l'origine, une reconnaissance nationale qui présente un triple avantage. En premier lieu elle améliore la connaissance par la CNAMTS des développements locaux. En deuxième lieu elle permet au niveau national de s'assurer de la compatibilité de ces développements avec ses choix techniques et fonctionnels. En troisième lieu, elle offre aux organismes à la recherche d'une réponse informatique à leurs besoins un catalogue d'applications pour lesquelles sont garantis un niveau de qualité et la conformité aux standards nationaux.

[904] Cependant dans le schéma actuel la labellisation implique pour la caisse demandeuse de faire prendre en charge le support de l'application par l'équipe de développement. Or la caisse à l'origine d'un développement n'a pas forcément l'intention de consacrer une partie de ses moyens à la fourniture d'un service national, qui nécessite des moyens plus importants que le seul support local. Aussi la question de la prise en charge du support mérite une réflexion. En lien avec la réorganisation de la fonction production et les possibilités de redéploiement de moyens qu'elle devrait permettre, on pourrait imaginer, que moyennant un transfert de compétence, un pôle national prenne le relais des caisses une fois les applications labellisées.

**Réponse de l'organisme :** *La mission suggère qu'un pôle national prenne le relais des caisses une fois les applications labellisées. Dans le cadre de la labellisation d'une application locale, seul le support fonctionnel est assuré par la caisse demandeuse. En effet, le support technique de l'applicatif labellisé est à la charge des services techniques de la DDSI.*

**Observation de la mission :** *Le support fonctionnel pourrait aussi être réalisé au niveau national.*

[905] En outre, comme la mission l'a déjà évoqué dans l'annexe relative à l'évolution de la productivité, au vu des moyens mobilisés la fonction informatique des caisses se prêterait utilement à une mutualisation régionale. Si le maintien d'un service de proximité très léger dédié aux interventions les plus courtes paraît nécessaire, toutes les autres fonctions, des interventions plus techniques (sur le réseau par exemple) jusqu'au développement d'applications locales pourraient être assumées par une équipe régionale hébergée par la caisse chef lieu de région, par exemple. Cette mutualisation trouverait un intérêt renforcé si elle concernait les autres organismes de la branche maladie du régime général.

**Recommandation n°54 : Prévoir dans la prochaine COG la mutualisation de la fonction informatique au niveau régional, en laissant au niveau de chaque caisse le support de premier niveau**

**Recommandation n°55 : La CNAMTS devrait assurer un suivi national des développements locaux**

## 2. UN RETARD PREOCCUPANT DES OPERATIONS DE PREPARATION DE FUSION DE CAISSES

[906] Comme la mission l'a indiqué dans l'annexe relative à l'évolution de la productivité la stratégie de la caisse nationale en matière d'organisation du réseau est fondée sur un maillage départemental. Pour atteindre cet objectif la branche conduit une opération importante de fusions juridiques de caisses, qui suppose pour être effective une préparation et une adaptation des systèmes d'informations. En effet les fusions ont un impact sur un nombre important d'applications (près de 200), dont certains du cœur de production. L'adaptation des systèmes d'information est donc un point critique pour la bonne réussite de l'opération, dont la continuité de service est un des éléments clés.

[907] Selon les éléments communiqués à la mission, la mise en place d'une structure de projet avec des moyens dédiés s'est faite assez tardivement puisqu'elle date du printemps 2009. Compte tenu de la difficulté des opérations et de leur criticité, certains opérations devant obligatoirement être réalisées au 1er janvier 2010 (par exemple pour la comptabilité), on peut estimer que jusqu'en avril 2009 le caractère prioritaire de ce chantier a été sous-estimé.

**Réponse de l'organisme :** *La mission estime que compte tenu des difficultés d'adaptation des systèmes d'information, le caractère prioritaire du chantier « fusion des caisses » a été sous-estimé jusqu'en avril 2009. La structure organisationnelle du projet Fusion des caisses a été mise en place dès la fin de l'année 2008. Le projet a été intégré dans le portefeuille dès début 2008. Les premiers travaux d'analyse d'impacts et de définition des solutions ont ensuite été conduits. L'équipe projet s'est progressivement structurée et renforcée à partir de cette date et au fur et à mesure des avancées du projet et de l'évolution des besoins en ressources. Avant la fin Novembre 2009, les développements étaient terminés et les premières qualifications abouties permettaient de dérouler, en grandeur réelle, les simulations de fusions qui se sont déroulées au 1er Janvier 2010.*

**Observation de la mission :** *Dont acte.*

[908] Le point d'avancement réalisé au début du mois de septembre 2009 montre que le retard initial n'a pas été rattrapé. Les points de vigilance ne sont pas levés, notamment sur, les retards dans les développements, dans les spécifications, dans les plans de test et les modes opératoires ainsi que dans la mise en place des environnements de qualification. En outre plusieurs arbitrages n'ont pas été rendus par les directions opérationnelles, qu'il s'agisse de la DDO (identifiant des CPAM) ou de la DFC, par exemple pour fixer la date du dernier mandatement.

[909] A trois mois de l'échéance, cette situation est inquiétante. Elle appelle des mesures de suivi renforcé et des actions de correction.

## 3. LA CNAMTS DOIT SE DOTER D'UN SCHEMA DIRECTEUR DE MOYEN/ LONG TERME

### *3.1. La cible fonctionnelle et technique reste à déterminer. Elle doit faire l'objet d'une étude de valeur approfondie*

[910] La COG 2006-2009 prévoyait plusieurs engagements quant à l'évolution fonctionnelle des systèmes d'information de la branche maladie. La mission souligne que la convention ne peut s'en tenir à énumérer des évolutions fonctionnelles et de chantiers de récriture d'application alors même qu'il n'y a pas de schéma directeur, qu'aucune cible fonctionnelle n'est arrêtée, et qu'aucune étude valeur n'est demandée ni disponible. Les enjeux associés à certains projets sont importants, les applications concernées sont critiques et certains chantiers sont de très grande ampleur.

**Réponse de l'organisme :** *La mission estime que la cible fonctionnelle et technique reste à déterminer et qu'elle doit faire l'objet d'une étude de valeur approfondie. Le Schéma Directeur des Systèmes d'Informations de la CNAMTS a été remis officiellement en mars 2008 en la présence des représentants des directions du budget et de la sécurité sociale.*

**Observation de la mission :** *Cf. commentaires de la mission sur la réponse de la Caisse au paragraphe 130 du rapport de synthèse.*

[911] Ainsi, concernant la gestion des prestations en espèce la convention stipulait que « Le traitement des prestations en espèce sera refondu dans le sens d'une meilleure gestion du risque avec une instruction des dossiers en amont, s'appuyant sur l'expertise conjointe des services médicaux et administratifs, et sur la dématérialisation des pièces ». En outre la convention prévoyait un déploiement complet de l'application ainsi refondue pour la fin de l'année 2009, ce qui n'a pas été réalisé.

### 3.1.1. La branche maladie n'a pas déterminé la cible fonctionnelle de ses systèmes d'information

[912] Les systèmes d'information de la CNAMTS sont soumis au même titre que d'autres systèmes à des exigences fonctionnelles et technologiques nouvelles. En l'état actuel ceux de la branche maladie connaissent néanmoins deux particularités :

- des changements qui peuvent être importants et rapides, en lien avec les évolutions législatives et réglementaires, comme récemment la mise en place du parcours de soins
- un retard sur les technologies internet qui explique que le contenu des téléservices, malgré les développements récents, soit encore modeste

[913] Comme tous les systèmes d'informations l'évolution des SI de la branche est le résultat d'une tension entre des besoins fonctionnels portés par la direction générale et les directions métiers et la nécessité, portée par la direction des systèmes d'information, de faire progresser l'architecture technique. Il s'agit de trouver un équilibre entre la réponse à des besoins immédiats et la réalisation d'investissements dont le profit ne sera retiré que plus tard.

[914] La branche maladie peine à gérer cette tension. Aux dires de plusieurs responsables de la DDSI, conclusion reprise par l'audit qu'elle avait commandé en 2008, l'arbitrage aurait longtemps été en défaveur des évolutions technologiques, ce qui expliquerait le manque d'agilité du système actuel qui deviendrait difficile à maintenir (cf. infra).

**Réponse de l'organisme :** *La mission souligne que l'évolution des SI de la branche maladie est le résultat d'une tension entre des besoins fonctionnels et la nécessité de faire progresser l'architecture technique. Elle estime que la branche maladie peine à gérer cette tension. La difficulté à gérer la tension telle qu'elle est exprimée au paragraphe 913 est partagée par la CNAMTS et fait l'objet de décisions pour améliorer le processus de gestion du portefeuille de projet en intégrant les questions : d'évaluation de l'impact des projets, de définition des priorités, d'analyse des charges et des ressources, d'arbitrage en cas de conflits entre les projets. Une organisation adaptée à la tenue d'un dialogue de gestion responsable a été mise en place (comité stratégique informatique, comité de coordination des maîtrises d'ouvrage), complétée par un outillage (plan de charges, portefeuille de projets) qui permet à la CNAMTS de gérer aujourd'hui chaque nouveau besoin métier.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[915] La mission estime que deux types de difficultés doivent être traités.

[916] En premier lieu la branche éprouve des difficultés à déterminer ses priorités fonctionnelles. Les besoins exprimés par les directions métiers sont nombreux et très variés. Il faut y ajouter les demandes liées évolutions réglementaires non prévisibles et aux évolutions stratégiques portées par la CNAMTS qui occupent une part significative des moyens informatiques de la branche (cf. appendice). Par exemple concernant les hôpitaux, la convention prévoyait la construction progressive d'un dispositif de liquidation individualisé et la CNAMTS s'engageait à mettre en place la caisse pivot interlocutrice unique des hôpitaux, à accepter les flux de rétrocession médicamenteuse, les flux de facturation soin externes puis les flux de facturation concernant les séjours hospitaliers. Si la CNAMTS a avancé sur ce chantier, il suppose une coordination avec l'Etat qui de son coté a pris du retard.

[917] Les difficultés de priorisation trouvent leur illustration dans l'incapacité de la caisse nationale à produire un véritable schéma directeur. Le projet de schéma directeur établi en 2007 (et non validé par la tutelle) relève plus d'un catalogue d'actions que d'un document stratégique traçant à moyen/long termes les orientations techniques et fonctionnelles, les actions à mettre en œuvre compte tenu des moyens disponibles. Aujourd'hui, sur la base de ce document ou de ce qui a été indiqué à la mission, la cible fonctionnelle à moyen/long terme reste très imprécise.

**Réponse de l'organisme :** *La mission estime que les difficultés de priorisation trouvent leur illustration dans l'incapacité de la caisse nationale à produire un véritable schéma directeur. Un projet de SDSI a été fourni à la tutelle dans le but de recueillir un avis. La remise officielle du document a été effectuée en mars 2008 en présence des représentants du budget et de la sécurité sociale : un courrier du 26 septembre 2008 adressé à la CNAMTS a acté officiellement la remise du Schéma Directeur des Systèmes d'Information et a précisé qu'il ressortait de l'analyse générale du document, qu'il est en « adéquation avec la COG » notamment en ce qui concerne son chapitre 3.3 « faire évoluer le SI pour servir les objectifs stratégiques de l'assurance maladie. Les travaux de préparation d'un SDSI ont repris, dans le cadre d'une mission située à la direction générale, en vue de la prochaine convention d'objectifs et de gestion.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[918] En deuxième lieu, les évolutions prévues de l'architecture technique, applicative et fonctionnelle restent floues et semble-t-il mal assimilées par l'ensemble des directions métiers.

**Réponse de l'organisme :** *La mission estime que les évolutions prévues de l'architecture technique, applicative et fonctionnelle restent floues et semble-t-il mal assimilées par l'ensemble des directions métiers. La volonté de mettre en place une organisation apte à formaliser de façon cohérente les architectures fonctionnelles, applicative et technique, a été clairement exprimée et associée au souci de co-construction et de partage avec les maîtrises d'ouvrage. Bien entendu, il s'agit d'une action de moyen terme qui doit se synchroniser avec les évolutions « métiers ». Certaines briques de ce dispositif existent déjà dans des formats évolutifs comme l'architecture applicative ou technique. Sur un plan plus technique, l'usage du moteur de règles a été ralenti par la nécessité de mettre en place un plan de formation et d'adapter notre architecture technique à ces nouvelles technologies. Certains projets l'utilisent : @tom, RSCP, nouvelles gestions de droits.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

### 3.1.2. Les arguments techniques présentés pour la réécriture de plusieurs applications critiques ne s'appuient sur aucune objectivation

[919] La CNAMTS envisage la réécriture d'une partie de ses systèmes d'information. Il est vrai que l'audit commandité par la caisse nationale en 2008 indiquait que « soumises à de fortes évolutions réglementaires dans des délais contraints et confrontées à un système peu évolutif, les équipes ont progressivement développé des pratiques qui, en retour, ont contribué à amplifier l'instabilité du système ». Selon cet audit la contrainte de délai conduit chaque acteur à accepter en entrée de son propre processus un produit de qualité insuffisante. Dans un tel mode de fonctionnement, la qualification et la recette servent régulièrement de variable d'ajustement pour le respect des délais. Enfin, il ajoutait que les taux d'incidents constatés en production se révèlent anormalement élevés et résultent directement de la qualité insuffisante des processus en amont.

**Réponse de l'organisme :** *La mission estime que les arguments techniques présentés pour la réécriture de plusieurs applications critiques ne s'appuient sur aucune objectivation, que les contraintes de délais conduisent les acteurs à accepter un produit de qualité insuffisante, que la qualification et la recette servent régulièrement de variable d'ajustement pour le respect des délais. Un travail portant sur la révision du processus de recette est actuellement en cours et poursuit deux objectifs qui sont : 1/L'optimisation des délais de réalisation des opérations de recette basée sur une meilleure coordination des intervenants, 2/L'amélioration de la qualité des opérations réalisées.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[920] Pour engager ces travaux de réécriture la DDSI avance donc plusieurs raisons techniques.

[921] En premier lieu le manque « d'agilité » du système. Les évolutions législatives et réglementaires fortes et rapides seraient plus facilement assimilées et réalisées avec un système plus souple. Aujourd'hui les équipes de la CNAMTS considèrent que l'organisation technique et fonctionnelle des applications est un frein pour la mise en œuvre d'évolutions. Ce raisonnement est cohérent, mais il n'est pas possible de démontrer la rigidité des outils. En effet, seule une observation du temps de développement des évolutions permettrait d'observer cette rigidité. Les données manquent pour le faire. Si comme la DDSI l'indique les évolutions de 2004 ont été compliquées à réaliser, cette complexité est aussi la conséquence d'une réforme particulièrement importante et profonde.

[922] En deuxième lieu l'instabilité du système. Corollaire du point précédent, toute évolution un tant soit peu importante conduirait à faire des changements difficilement maitrisables qui seraient source de difficultés de mise en production. Là encore il n'est pas possible d'objectiver ce raisonnement en observant une évolution de l'incidentologie entre 2003 et les années qui ont suivi la réforme de 2004.

[923] La mission ne conteste pas le raisonnement, elle regrette qu'il ne soit pas suffisamment étayé. Elle considère que ces seuls arguments ne suffisent pas à justifier la réécriture d'applications qui pour certaines d'entre elles ont à peine 10 ans. Si les travaux sont engagés pour établir les spécifications détaillées pour la réécriture iso-fonctionnelle du système central de production, dans un premier temps pour les officines (fin 2010), la mission estime que la suite des travaux devrait être conditionnée aux résultats d'une étude de valeur.

#### 3.1.3. Des évolutions fonctionnelles qui, si elles étaient retenues, impliqueraient la mise en place d'une architecture orientée service

[924] Parmi les évolutions fonctionnelles sur lesquelles la caisse nationale travaille, deux justifieraient une évolution de l'architecture fonctionnelle et applicative.

**Réponse de l'organisme :** *La COG 2006-2009 prévoyait que la branche maladie définisse pour 2007 son système de tarification cible. La mission estime que le document arrêtant cette cible n'est toujours pas disponible et il n'y a pas non plus d'étude de valeur. Le projet de restructuration de la tarification (@tom) a été engagé fin 2007 en coordination avec la Mutualité Sociale Agricole (MSA) dans un objectif d'optimisation et de mutualisation des moyens. Ce projet fait à ce jour l'objet d'analyses complémentaires.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

##### 3.1.3.1. La refonte de la tarification et l'évolution du poste du professionnel de santé

[925] La COG 2006-2009 prévoyait que la branche maladie définisse pour 2007 son système de tarification cible. Aucun document arrêtant cette cible n'est aujourd'hui disponible. En outre, aucune étude de valeur n'est disponible pour ce projet.

[926] La récriture de certaines applications est une étape permettant des évolutions fonctionnelles. En effet, à l'heure actuelle les règles de tarification[53] sont implémentées sur le poste des professionnels de santé et diffusées par l'intermédiaire des éditeurs de logiciels. Cette situation ralentit le temps de diffusion et pose des difficultés de maitrise des évolutions pour la CNAMTS. qui peut se retrouver avec des flux de qualité inégale. En outre, facturation et tarification sont aujourd'hui exécutées aussi bien par le système d'information du prestataire de soins que par le système de production du régime général d'assurance maladie. Enfin, il y a un enjeu de convergence avec les autres régimes d'assurance maladie obligatoire qui sont confrontés aux mêmes problématiques et dont les règles de gestion sont très proches.

[53] Ici la tarification regroupe l'identification, la facturation des actes et prestations, la définition du périmètre de prise en charge, ainsi que les modalités de paiement.

[927] L'idée de ce projet est donc schématiquement de ré-internaliser l'application ou la diffusion des règles de tarification par la mise à disposition de services internet.

[928] Pour parvenir à cet objectif une des possibilités consisterait à offrir un nouveau service de tarification en ligne aux producteurs de soins. Cette solution entraînerait finalement l'existence de plusieurs canaux pour délivrer les services de la CNAMTS puisqu'il serait nécessaire de maintenir le dispositif de tarification existant (la fonction de tarification doit pouvoir être appelée par le professionnel vie internet et en interne par le système de production pour les professionnels ne passant pas par internet). Dans un contexte multicanal, l'architecture orientée service (SOA en anglais) vers laquelle semble s'orienter la branche maladie, est de nature à offrir ces différents services tout en donnant des garanties de cohérence et de stabilité ; en l'espèce le choix architectural est donc en adéquation avec le besoin fonctionnel.

[929] Toutefois des alternatives existent. Ainsi le service internet pourrait se limiter à une mise à disposition des postes des professionnels de santé, de manière automatique et avec une gestion des versions, des règles de tarifications. Elle répondrait à l'exigence légitime de maîtrise des flux entrants. Seules resteraient non traitées les évolutions de la tarification qui seraient structurellement importantes. Au demeurant celles-ci restent rares.

[930] Si on peut comprendre l'intérêt de ce projet, la mission regrette que de telles alternatives n'aient pas été étudiées, et qu'aucune étude de valeur n'ait été réalisée. En outre, une telle refonte touche le cœur des applications de production. Elle serait donc d'une très grande criticité pour la branche maladie. La question de la faisabilité et des moyens nécessaires pour maitriser cette opération est donc essentielle.

#### 3.1.3.2. Le développement d'une offre de services « multi canal »

[931] Le développement d'une offre de service sur internet ou via les guichets automatiques conduit à augmenter le nombre de canaux par lesquels les assurés, les professionnels de santé ou les entreprises peuvent réaliser des opérations. C'est une orientation importante aussi bien pour l'efficacité de la branche qu'en termes de service rendu.

**Réponse de l'organisme :** *La mission souligne que le développement d'une offre de services « multi canal » suppose une architecture orientée service. La CNAMTS organise ses choix techniques selon une logique standard de solution orientée composant (SOA) apte à garantir l'ouverture et l'agilité du système d'information.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[932] Mais de telles fonctionnalités supposent une architecture orientée service. En effet, la délivrance de services par différents canaux est réalisable et gérable grâce à un découpage fonctionnel et technique des applications en modules. De sorte, schématiquement, qu'un module, une fonctionnalité, un service puisse être appelé quel que soit le point d'entrée (internet, plateforme téléphonique, bornes...).

**Recommandation n°56 : La prochaine COG devrait prévoir la fourniture impérative, à une échéance d'un ou deux ans, d'un schéma directeur donnant la cible fonctionnelle et technique à moyen/long terme. Ce schéma devra obtenir l'approbation de l'Etat. Dans l'attente suspendre tout lancement de nouveau projet.**

**Recommandation n° 57 : Ne pas inscrire dans la COG d'engagement sur des projets stratégiques qui ne soient soumis à une étude de valeur préalable. Fixer un seuil au-delà duquel tout projet, inscrit ou non dans la COG, devra faire l'objet d'une étude de valeur.**

**Réponse de l'organisme :** *La mission recommande de ne pas inscrire dans la COG d'engagement sur des projets stratégiques qui ne soient soumis à une étude de valeur préalable et de fixer un seuil au-delà duquel tout projet, inscrit ou non dans la COG, devra faire l'objet d'une étude de valeur. Sous l'égide de la mission achats du SG, les projets stratégiques soumis aux commissions des marchés doivent produire une analyse de la valeur et des risques avec la méthode MAREVA, préconisée par le ministère du Budget.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

### *3.2. La mise en œuvre de DIADEME représente un progrès important, mais des efforts sont encore nécessaire pour en tirer pleinement parti*

[933] Compte tenu de l'importance des flux papier qui sont traités par les CPAM mais aussi par le service médical, la numérisation des documents et l'automatisation du traitement est un enjeu d'efficacité et d'efficience pour la branche maladie. L'application DIADEME en cours de déploiement est une réponse à ces enjeux.

[934] La version 1 de DIADEME offre les fonctionnalités suivantes : acquisition des courriers entrants (processus IJ AS, IJ AT, reconnaissance de la matérialité AT°), numérisation, typage et indexation, distribution automatique en corbeille pour traitement, recherche et consultation de documents, gestion des droits d'accès pour le service médical et les CPAM

[935] Les avantages de cette application sont les suivants :

- un « temps d'acquisition » du document moins important puisqu'une partie sinon la totalité de la feuille d'un flux papier à fait l'objet d'une reconnaissance automatique
- Une circulation des pièces facilitée,
- Une indexation des documents simplifiant leur exploitation pour les phases de liquidation mais aussi dans le cadre des opérations de contrôle par exemple.

**Réponse de l'organisme :** *Concernant la mise en œuvre de DIADEME, la mission estime que les gains en termes d'efficacité et de productivité n'ont pas encore été quantifiés et que plusieurs freins devraient les limiter. Le projet DIADEME a fait l'objet d'une étude de valeur en 2006 ce qui a permis d'en apprécier les gains espérés. Par ailleurs, la phase préparatoire au déploiement et les premières expérimentations qui sont réalisées sur l'outil DIADEME ont pour objet d'opérer des ajustements sur l'applicatif pour répondre au mieux à des objectifs d'efficacité et de productivité.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[936] Les gains en termes d'efficacité et de productivité n'ont pas encore été quantifiés par les caisses qui disposent de l'outil. On peut penser qu'ils seront significatifs. Cependant plusieurs freins devraient les limiter :

- L'acquisition automatique des documents est rarement complète. Si un document a été renseigné de manières manuscrite ou dactylographié, y compris pour ceux qui ont fait l'objet d'un typage, le logiciel reconnaît tout ou seulement une partie des informations. Il y a toujours une phase de vidéocodage au cours de laquelle l'opérateur complète ou corrige le résultat de l'opération de numérisation,
- L'indexation ne semble pas encore fiable. Les opérations d'indexation déterminent en particulier le routage vers les différentes corbeilles, mais aussi la capacité des caisses à retrouver facilement le document pour réaliser des opérations de contrôle par exemple. Cette indexation pose encore des problèmes qui obligent les caisses à vérifier toutes les indexations.

[937] La version 2 de DIADEME déployée dans une dizaine de sites pilotes offrira aux caisses une plus grande souplesse dans l'organisation des flux de données. En outre, les protocoles de soins seront dématérialisés après traitement de façon à pouvoir notamment les restituer aux médecins via le portail internet. La généralisation de cette version devrait s'achever en 2010.

[938] Par ailleurs plusieurs évolutions devraient être envisagées pour profiter pleinement des possibilités offertes par l'outil. En premier lieu l'élargissement du périmètre au traitement des dossiers CMU présenterait certainement des avantages compte tenu du nombre de documents et des modalités de traitement. En deuxième lieu un interfacage avec les systèmes de production permettrait de réduire encore le nombre d'opérations de traitement nécessaires.

### *3.3. Un plan de travail qui laisse peu de place à des évolutions parfois modestes dont les gains seraient pourtant rapides et significatifs, en matière de contrôle, d'efficience et de liquidation médico administrative*

#### 3.3.1. L'interfaçage des systèmes d'information n'a pas fait l'objet d'une attention suffisante malgré les gains de productivité rapides qu'il permettrait

[939] Le développement des nouveaux services se fait jusqu'à présent sans connexion avec les systèmes d'information de production, de sorte qu'aucun bénéfice n'en est tiré en termes de productivité.

**Réponse de l'organisme :** *La mission estime que l'interfaçage des systèmes d'information n'a pas fait l'objet d'une attention suffisante malgré les gains de productivité rapides qu'il permettrait. La logique qui a préfiguré à tous les projets ayant vocation de mettre en place des services en ligne (dématérialisation ou nouveaux services) consiste, dans une première phase, à mettre rapidement à disposition des utilisateurs concernés les services développés, et à envisager leur intégration aux systèmes de production dans une seconde phase*

**Observation de la mission :** *Cette logique est contestable.*

[940] En particulier la mission s'étonne que des développements, rapides et probablement peu importants, n'aient pas été entrepris plus tôt pour articuler les processus de dématérialisation et les systèmes de production. Il en est ainsi de :

- l'intégration dans les systèmes de production des flux dématérialisés de déclarations de salaires pour les indemnités journalières (un « injecteur » devrait être déployé courant 2010)
- de la dématérialisation avec intégration des déclarations des accidents du travail,
- de l'articulation entre services internet et systèmes de production,
- de l'articulation entre les systèmes d'information médicaux et administratifs.

#### 3.3.2. Les fonctionnalités de contrôle a priori sont limitées

[941] Jusqu'à présent la plupart des contrôles effectués par les caisses sont réalisés à postériori à l'aide de requêtes. Les détections génèrent alors des indus dont le recouvrement est souvent difficile.

[942] Le développement des contrôles a priori est donc un enjeu important pour la branche. En effet, c'est avant de liquider que le contrôle est le plus efficace. Or ce type de contrôle est assez peu répandu car les systèmes d'information ne disposent pas de toutes les fonctionnalités nécessaires. Lorsque les applications les prévoient ils sont parfois limités, en nombre ou en contenu.

[943] Ainsi il est possible de fixer des critères pour sélectionner des demandes de paiement qui font alors l'objet d'un traitement par un agent. Bien qu'il soit possible de filtrer les demandes de remboursement sur 500 critères, ce nombre est inférieur aux besoins des caisses. Les caisses sont amenées à organiser une rotation de leurs critères de contrôle, au risque de laisser passer des paiements douteux. Par ailleurs, s'il ne fait pas de doutes que les caisses doivent pouvoir adapter les critères en fonction de leur situation, il serait souhaitable de mettre en place un socle national commun.

**Réponse de l'organisme :** *Les fonctionnalités de contrôle a priori sont limitées. Il en est ainsi de CONDOR dont les caisses considèrent qu'une profondeur historique de 90 jours serait nécessaire. Les profondeurs historiques des applications sont conformes aux autorisations CNIL.*

**Observation de la mission :** *La mission préconise alors d'engager un travail avec la CNIL et le cas échéant de procéder à de nouvelles demandes d'autorisation.*

[944] Lorsque les contrôles à priori existent, ils sont parfois incomplets. Il en est ainsi de CONDOR, module d'IRIS, qui permet de détecter avant ordonnancement les doubles paiements potentiels sur une profondeur de 45 jours. Tout paiement détecté fait l'objet d'un rejet et les services du contrôle s'assurent du bon traitement de ces rejets. Malheureusement les caisses primaires considèrent qu'elles auraient besoin d'une profondeur historique d'au moins 90 jours. En outre, CONDOR ne permet pas de détecter les doubles paiements intervenant dans la même journée.

### 3.3.3. Les liaisons médico-administratives ne sont pas organisées dans les systèmes d'information

[945] La liquidation médico- administrative est un sujet ancien au sein de la branche maladie du régime général. Elle recouvre l'idée d'une coopération plus étroite entre les systèmes d'information des services administratifs et des services médicaux. Il s'agirait à partir des leurs applications respectives de solliciter des avis et des demandes d'informations, et de pouvoir à chaque fois que possible injecter directement la réponse dans l'application qui a servi à générer la demande. On peut citer comme exemple une demande d'avis émanant du service administratif à destination du service médical au sujet d'une affection de longue durée.

[946] Ses enjeux sont donc importants. L'efficacité du service s'en trouverait améliorée en facilitant notamment les contrôles que pourraient réaliser les caisses à partir des éléments transmis par l'échelon médical. L'efficience serait accrue si ces échanges étaient dématérialisés et automatisés, limitant les ressaisies des opérateurs en charge des opérations de liquidation ou de gestion des bénéficiaires.

[947] Or jusqu'à présent les systèmes d'information administratif et médical sont demeurés parfaitement cloisonnés. Si le besoin existe, il n'y est répondu que par des échanges papiers ou au mieux des courriels.

[948] Sans aller vers une fusion des systèmes d'information qui ne ferait pas sens et poserait d'évidents problèmes de confidentialité des données médicales, il serait à tout le moins possible d'organiser des échanges de données informatisés, simple version dématérialisée des flux papiers, avec intégration dans les systèmes de production.

[949] Ces trois problématiques semblent avoir été prises en compte dans les projets de refonte, qu'il s'agisse d'IRIS ou de PROGRES-PE, mais leur mise en œuvre ne devrait pas intervenir avant plusieurs années. La mission estime donc justifié d'étudier la mise en place de solutions temporaires.

**Recommandation n° 58 : Prévoir dans la COG un engagement de la CNAMTS à fournir à une échéance d'un an des solutions pour compléter et perfectionner les outils actuels en matière d'interfaçage, de contrôle et de liaisons médico-administrative.**

## 4. LE PLAN DE CONTINUITE DES ACTIVITES DOIT ETRE ACHEVE

[950] Les systèmes d'information jouent un rôle vital pour l'activité de la branche. Qu'il s'agisse du service des prestations ou de la régulation, l'indisponibilité des applications et outils informatiques conduirait à la paralysie de la branche maladie qui ne serait plus en mesure de faire face à ses responsabilités.

[951] La branche se doit donc de garantir la disponibilité de son système d'information afin de rendre un service de qualité aux assurés et bénéficiaires, aux professionnels de santé, aux établissements de soins, aux tutelles et d'une façon plus générale, à tous ses partenaires. Or le changement d'architecture technique avec le passage sous UNIX de l'ensemble des serveurs devait entrainer une évolution des plans de continuité conçus pour des architectures main frames.

[952] La mission n'était pas en mesure de réaliser une analyse détaillée des dispositifs de continuité d'activité, d'autant que la Cour des comptes a inclus ce thème dans ses propres investigations. Néanmoins, elle a jugé utile de faire figurer quelques éléments particulièrement saillants en s'appuyant pour cela sur l'audit réalisé en 2008 par le cabinet Ernst & Young pour le compte de la caisse nationale. Elle a demandé à cette dernière de faire un point sur la mise en œuvre des recommandations formulées lors de cet audit

[953] L'audit qui s'est achevé en 2008 concluait à une protection insuffisante face aux risques suivants :

- Rupture de l'acquisition et de la distribution aux régions des flux externes (feuilles de soins électroniques, factures « cliniques privées », etc.),
- Indisponibilité du système d'information national à une échelle régionale,
- Isolement de la moitié des organismes de la branche,
- Indisponibilité des services télématiques grand public (ex : webmedecin),
- Arrêt de l'éditique,
- Indisponibilité de la moitié des boites aux lettres électroniques
- Arrêt de l'activité d'un organisme local (CPAM).

[954] Pour résoudre ces carences le rapport d'audit formulait des recommandations. La plupart d'entre elles et en particulier les plus importantes, qui visaient à réduire l'exposition aux risques, ont été mises en œuvre.

[955] Sur les 8 recommandations formulées, deux n'ont pas encore été mises en œuvre.

[956] Concernant le pilotage global du plan de continuité des activités, la mise en place d'un pilotage national articulé du PCA CPAM et du PCA informatique n'a pas encore été mise en œuvre. Or ce pilotage national s'avère nécessaire pour deux raisons. D'une part le PCA CPAM est entré dans une phase de déploiement nécessitant un pilotage de la Caisse Nationale afin de garantir la mutualisation des actions locales, le suivi de l'efficacité du dispositif et son évolution dans le temps. D'autre part le pilotage national permettrait une meilleure adéquation des hypothèses de travail au regard des besoins métiers.

**Réponse de l'organisme :** *Les travaux relatifs au PCA qui ont été entrepris par la CNAMTS ont adressé simultanément et conjointement le réseau des CPAM et les CTI : la coordination nationale des projets a été assurée par la présence d'acteurs communs. La communication de ces différents PCA est formalisée et a été réalisée. Concernant le PCA informatique, ce dernier est en phase de déploiement sur les CTI et les centres nationaux qui sont le cœur de l'activité de l'assurance maladie.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[957] Enfin s'agissant du plan de secours informatique tous les points bloquants identifiés lors de l'audit n'ont pas encore été levés. Il s'agissait :

- D'identifier et mettre en place les responsables de sites de secours,

- De s'assurer que toutes les commandes de matériels nécessaires pour la mise en œuvre des sites de secours sont passées ;
- De réévaluer la date à laquelle le palier 1 du projet pourra être mis en œuvre, l'échéance de juin 2008 apparaissant comme peu réaliste à ce stade.

**Réponse de l'organisme :** *La mission estime que les points bloquants du plan de secours informatique identifiés par l'audit de 2008 n'ont pas encore été levés. A fin novembre 2009, les responsables des sites de secours ont été nommés et les matériels nécessaires à la mise en œuvre de ces derniers ont été commandés.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[958] Or le rapport d'audit préconisait que ces points soient traités le plus rapidement possible et dans le cas contraire, les chantiers du projet actuel devraient être stoppés et une approche conforme aux nouvelles hypothèses (notamment en ce qui concerne le nombre de sites de secours) devait être déployée.

**Recommandation n°59 : Prévoir dans la COG un engagement sur la mise en œuvre à une échéance rapprochée de toutes les recommandations de l'audit relatif au plan de continuité des activités**

## 5. LE ROLE DES AGENCES REGIONALES DE SANTE EN MATIERE DE GESTION DU RISQUE IMPOSE DE LEUR METTRE A DISPOSITION LES APPLICATIONS NECESSAIRES

[959] La loi du 21 juillet 2009 a confié aux agences régionales de santé (ARS) un rôle important dans la gestion du risque. Elles sont en effet chargées d'élaborer un plan pluriannuel régional de gestion du risque. Même si ce travail est fait en concertation avec le représentant régional de l'assurance maladie, les futures agences doivent pouvoir disposer des informations nécessaires pour conduire leurs propres analyses.

[960] Pour cela la branche maladie doit leur donner un accès aux applications ou leur mettre à disposition par d'autres moyens les données les plus importantes. L'accès aux applications supposera que les agents des ARS soient dûment formés à l'utilisation des outils. Un groupe de travail a été constitué sous l'égide du secrétariat général des ministères sociaux pour énumérer les besoins des ARS. La future COG devra prévoir les engagements de la branche dans la mise à disposition de ces outils.

**Recommandation n°60 : Prévoir dans la future COG des engagements concernant la mise à disposition des applications nécessaires au travail des ARS, conformément aux préconisations et conclusions du groupe de travail constitué sur le sujet**

# Annexe 4-3-1 : Répartition des moyens entre les principaux chantiers informatiques

Tableau 102 : Répartition des moyens entre les principaux chantiers en 2008

| | ETP (200 jours/homme) DDSI et Hors DDSI | |
|---|---|---|
| **Chantiers/activité** | **Nb d'ETP** | **%** |
| Hopital (T2A, CIFU, UCD, CIP13, SPHEV) | 40 | 13% |
| Vitale 2 | 29 | 10% |
| Maintenance SI Production | 24 | 8% |
| Mon compte client PS | 22 | 7% |
| Mon compte client assuré | 15 | 5% |
| Accompagnement patients diabétiques | 14 | 5% |
| Protocole de soins en ligne | 13 | 4% |
| Maintenance système RH réseau | 12 | 4% |
| Automatisation reporting AM | 11 | 4% |
| Nouvelle gestion des droits | 11 | 4% |
| SNIIRAM Migration et refonte | 11 | 4% |
| Référentiel offre de soins | 10 | 3% |
| Gestion clés de chiffrement | 8 | 3% |
| Maintenance systèmes RP | 8 | 3% |
| Maintenance sécurité | 8 | 3% |
| Fonction socle téléservices | 8 | 3% |
| Scapin | 7 | 2% |
| Maintenance système informatique IR | 7 | 2% |
| Dématérialialisation DSIJ | 7 | 2% |
| Référentiel individus | 7 | 2% |
| Médialogog V2 | 7 | 2% |
| Maintenance SI finances comptabilité | 7 | 2% |
| Franchises | 7 | 2% |
| Rénovation 2003 (terminé en 2008) | 6 | 2% |
| Restructuration tarification PN | 6 | 2% |
| **Total** | **305** | **100%** |

*Source : CNAMTS, DDSI*

# Annexe 4.4 : La fonction d'audit interne

[961] Les dispositifs de contrôle interne et d'audit interne sont des outils essentiels pour le pilotage de la branche. Ils permettent en effet de donner, ou non, une assurance raisonnable, quant à la maitrise des risques qui pèsent sur la branche.

[962] La mise en place d'un dispositif de contrôle interne est d'ailleurs une obligation réglementaire pour l'ensemble des branches du régime général. L'article D 122-7 du code de la sécurité sociale dispose en effet que « sous réserve de leur compétence respective, le directeur et l'agent comptable conçoivent et mettent en place, en commun, un dispositif de contrôle interne respectant les préconisations de l'organisme national et permettant de maîtriser les risques, notamment financiers, directs et indirects, inhérents aux missions confiées aux organismes de sécurité sociale ».

[963] La mission n'a pas analysé de manière approfondie l'organisation et la mise en œuvre du contrôle interne, mais s'est intéressée au fonctionnement des structures d'audit interne. Rappelons ici que les services d'audit interne ont précisément pour mission de donner un avis, et des recommandations, sur les procédures de contrôle interne et leur mise en œuvre par les services.

## 1. LE DISPOSITIF DE CONTROLE INTERNE DEJA LARGEMENT DEVELOPPE DEVRAIT ETRE COMPLETE

[964] Le dispositif de contrôle interne est déjà largement développé au sein des réseaux. Principal outil, les plans de maitrise socle, au nombre de 32, couvrent dorénavant très largement l'activité des caisses et devraient être tous déployés dans toutes les caisses d'ici la fin de l'année 2010 pour les derniers d'entre eux.

[965] Les plans de maîtrise socle ont une double logique. Il s'agit de normaliser le processus. Il s'agit aussi d'identifier, pour chacun de ces processus, les risques potentiels et les moyens pour les équipes des organismes de les réduire voire de les supprimer. C'est un outil au service des équipes des organismes pour maîtriser leurs activités.

[966] Des activités importantes restent néanmoins dépourvues de PMS :

- l'action sanitaire et sociale qui regroupe les aides à l'accès aux soins, au maintien à domicile, et les subventions aux associations.
- la gestion du risque,
- la gestion immobilière,
- la sécurité des systèmes d'informations.

**Réponse de l'organisme :** *La mission estime que le dispositif de contrôle interne devrait être complété et que des activités importantes restent dépourvues de PMS : gestion du risque, gestion immobilière, action sanitaire et sociale, sécurité des systèmes d'information. La sécurité du système d'information (SSI) ne fait effectivement pas l'objet d'un PMS. Cependant, les organismes doivent mettre en place des mesures et des indicateurs SSI depuis 2007, qui font l'objet d'un diagnostic annuel. Un premier diagnostic vient d'être réalisé sur le périmètre de l'établissement public national.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[967] En outre, cette démarche n'a pas été conduite pour l'établissement public national.

**Recommandation n°61 : Etendre les PMS à tous les macroprocessus en y intégrant les directions de l'établissement public.**

**Réponse de l'organisme :** *Depuis septembre 2009, les travaux du SG relatifs aux objectifs de l'EPN, à la mise en œuvre de la politique SSI, ou à la cartographie des risques, ont vocation à être consolidés au sein de familles de risques et faire l'objet de PMS pour l'EPN. Un recensement des processus est prévu dans le plan d'actions 2010 de la mission organisation.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

### 2. UNE FONCTION DE GESTION DES RISQUES DOIT ETRE MISE EN PLACE

[968] La mission a déjà souligné que les dispositifs de contrôle interne s'était largement développé grâce à la mise en place des plans de maitrise socle. Pour utiles qu'ils soient aux organismes ces plans ne peuvent être assimilés à une cartographie des risques.

[969] En effet, la cartographie des risques doit aboutir à un classement des risques de sorte qu'il soit possible de prioriser les actions à prendre en matière de contrôle et d'audit internes. En outre, elle suppose de disposer d'une vision consolidée au niveau national pour permettre à la CNAMTS de connaître les risques qui pèsent sur l'ensemble de la branche.

[970] La cartographie des risques est donc la pierre angulaire de tout dispositif d'audit interne et de contrôle interne. Elle est habituellement réalisée sur l'ensemble de l'activité par les directions opérationnelles ou en lien très étroit avec elles.

**Réponse de l'organisme :** *La mission estime que la cartographie des risques qui lui a été fournie ne couvre pas l'intégralité des activités des organismes locaux et ne comprend pas l'établissement public national. Une extension de la cartographie des risques à l'Etablissement Public est prévue. Une première étude a été réalisée par le Secrétariat Général à l'occasion du plan de continuité d'activité relatif à la pandémie A/H1N1.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[971] La cartographie des risques qui a été fournie à la mission se démarque de cette approche. D'une part le champ de la cartographie ne couvre pas l'intégralité des activités des organismes locaux, et ne comprend pas l'établissement public national. D'autre part la sélection des « risques » est en fait une extraction des principaux thèmes investigués lors des audits de structure. La cartographie des risques se trouve ainsi déterminée par le champ des audits actuels alors que ce devrait être l'inverse.

[972] Cette méthode n'est pas satisfaisante. Par ailleurs, si le service d'audit interne peut temporairement suppléer à l'absence de cartographie des risques, cela ne peut perdurer sans déresponsabiliser les directions opérationnelles et sans risquer de voir l'audit et le contrôle internes en décalage par rapport aux risques réels encourus par l'organisation. Pour ces raisons la mission estime nécessaire de mettre en place une fonction de gestionnaire des risques qui devrait être rattachée au Directeur général de la CNAMTS.

**Recommandation n°62 : Organiser la fonction de gestion des risques. Engager une révision de la cartographie des risques.**

**Réponse de l'organisme :** *La mission organisation du SG installée en juin 2009 devra piloter la gestion des risques (étude, cartographie, procédures, contrôles) pour l'ensemble de l'EPN. Ses travaux ont commencé avec l'élaboration du PCA/H1N1 et une étude des principaux processus RH.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

## 3. UNE REORGANISATION PERMETTRAIT DE RENFORCER L'AUDIT INTERNE

[973] La mission tient d'abord à souligner la qualité des rapports d'audits qui ont été mis à sa disposition.

### *3.1. L'audit interne, essentiellement tourné vers le réseau, réalise peu de missions sur l'établissement public national*

[974] Le bilan d'activité du service d'audit interne de la CNAMTS établissement public montre que la plupart des audits sont réalisés sur le réseau. Historiquement le service réalisait principalement des audits liés à des prises de poste. On observe depuis plusieurs années une augmentation des audits qui privilégient une approche par thématique.

[975] On pourra regretter le peu de missions réalisées sur l'établissement public en tant que tel. Si les audits thématiques ne manquent pas d'aborder la question du pilotage national, ils ne permettent pas d'avoir une vision globale de la situation d'une direction ou d'un service. C'est aux yeux de la mission une carence importante dans la planification des travaux du service d'audit interne.

### *3.2. Les moyens de la fonction d'audit interne pourraient être renforcés par une organisation sur un modèle décentralisé*

[976] Les moyens mobilisés par la CNAM, y compris le recours aux cabinets et malgré l'existence d'une équipe d'auditeurs dédiés à la validation des comptes (12 personnes, cf. Infra), sont en deçà de ce que l'on peut observer dans les entreprises[54]. En effet, la direction de l'audit général dispose d'une quinzaine d'auditeurs. Globalement les moyens paraissent insuffisants pour mettre en œuvre une stratégie d'audit qui suppose de reconduire les mêmes opérations tous les 5 à 6 ans.

[977] Il serait possible de mobiliser plus de moyens en réorganisant conjointement la fonction d'audit interne de la branche et la fonction d'audit qualité dans les caisses.

[978] La fonction d'audit qualité dans les caisses ferait utilement l'objet d'une mutualisation sur une base régionale. Outre la meilleure utilisation des moyens, une telle organisation permettrait à ces équipes de réaliser aussi des audits internes sur d'autres thèmes que la qualité au profit des directeurs de caisse (cf. annexe productivité), ce qu'elles ne font pas aujourd'hui. Or l'audit est un levier qui serait utile aux équipes de direction.

**Réponse de l'organisme :** *La mission recommande (recommandation n° 63) d'envisager la mutualisation de la fonction d'audit qualité dans les caisses, de leur confier un rôle en matière d'audit interne et de positionner la direction de l'audit général comme le service central d'audit de l'assurance maladie. Conformément aux objectifs 2009 de l'Audit Général, une lettre réseau sera publiée avant la fin de l'exercice pour recenser les différents moyens d'audit (audit interne et qualité) dont disposent les organismes locaux et annoncer la création de partenariats avec certains d'entre eux en 2010. Il s'agit d'abord d'évaluer les moyens effectivement mobilisables et de faire fonctionner des collaborations dans quelques régions, pour mieux apprécier les opportunités et modalités d'une extension à l'horizon 2011.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[54] Selon une enquête de l'IFACI réalisée en 2005 auprès d'un échantillon d'entreprises françaises, le nombre d'auditeurs moyen est de 2,85 pour 1 000 salariés.

[979] Il serait alors possible d'organiser la fonction d'audit interne de la branche sur un modèle décentralisé. La direction de l'audit général serait positionnée comme un audit de groupe dont le rôle serait à la fois de conduire des audits nationaux et de vérifier que l'audit de premier niveau fonctionne de manière satisfaisante de sorte que l'ensemble du dispositif soit en mesure de donner une assurance raisonnable quant aux différents risques identifiés. Les auditeurs positionnés à l'échelon régional interviendraient à la fois sur demande des directeurs de caisse et dans le cadre du plan d'audit national.

**Recommandation n°63 : Envisager la mutualisation de la fonction d'audit qualité dans les caisses. Leur confier un rôle en matière d'audit interne. Positionner la Direction de l'audit général comme le service central d'audit de l'assurance maladie.**

### *3.3. Plusieurs points doivent faire l'objet d'amélioration pour obtenir une plus grande conformité aux normes professionnelles de l'audit interne*

#### 3.3.1. Réaliser une évaluation régulière de la fonction d'audit interne

[980] Les normes internationales de l'audit interne recommandent une évaluation régulière du service d'audit. Elles proposent plusieurs possibilités pour réaliser cette évaluation :

- la vérification de la conformité aux normes internationales en matière d'audit interne. Des experts sont sollicités pour donner leur opinion
- l'audit par des pairs
- l'autoévaluation avec validation externe
- la certification soit par rapport aux normes d'audit interne, soit ISO 9001.

**Réponse de l'organisme :** *La mission recommande d'évaluer tous les 5 ans la fonction d'audit interne de la branche maladie. Une évaluation de la fonction d'audit sera envisagée lorsque les évolutions prévues seront stabilisées (dispositif de suivi des recommandations, association des moyens du réseau).*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[981] Ces modalités n'emportent pas les mêmes conséquences, ni les mêmes contraintes. La certification est de loin la plus exigeante, mais c'est aussi celle qui présente le plus d'intérêt et dont l'impact est le plus profond. Si la mission considère que cette évaluation devrait être réalisée tous les 5 ans par exemple, elle ne souhaite pas préconiser une méthode plus qu'une autre.

**Recommandation n°64 : Evaluer tous les 5 ans la fonction d'audit interne de la branche maladie**

#### 3.3.2. Compléter le dispositif de pilotage du service d'audit grâce à la mise en place d'indicateurs de qualité et d'un dispositif de suivi

[982] Parmi les outils dont disposent la direction de l'audit général pour piloter l'activité d'audit interne, la mission observe l'absence d'indicateurs de qualité et d'impact. Plusieurs indicateurs devraient être ajoutés au tableau de bord de la direction :

- pour apprécier le degré de pertinence et de faisabilité : nombre de recommandations refusées/nombre total de recommandation ;
- pour mesurer les suites données aux recommandations : nombre de recommandations non réalisées/ nombre de recommandations acceptées. Cet indicateur peut être calculé sur plusieurs périodes : 6 mois, un an… etc.
- pour apprécier le niveau de réalisation du plan d'audit et donc la couverture des risques : nombre de missions non planifiées/nombre total de missions réalisées.

**Recommandation n°65 : Ajouter des indicateurs qualité au tableau de bord de la direction de l'audit général**

### 3.3.3. Renforcer le dispositif de suivi des recommandations

[983] Un suivi des recommandations formulées dans les audits est réalisé par le comité national d'audit. Mais ce suivi est en fait limité aux recommandations de portée nationale. .

**Réponse de l'organisme :** *La mission recommande d'ajouter des indicateurs qualité au tableau de bord de la direction de l'audit général, d'élaborer un processus de suivi de recommandations de tous les types d'audits et de le faire figurer dans la charte d'audit. Ces recommandations correspondent à un objectif de l'audit général pour 2009. La lettre réseau, accompagnée d'une méthodologie de recensement des suites d'audit vient d'être diffusée aux organismes. Différents indicateurs seront suivis, permettant d'apprécier l'adhésion des responsables et d'effectuer une mesure des recommandations mises en œuvre.*

**Observation de la mission :** *Vu.*

[984] Cette vision du suivi est un peu restrictive. Si elle s'attache aux recommandations les plus importantes et dont l'impact est national, elle laisse de côté, celles qui ne concernent que certains organismes, quand bien même elles seraient importantes. Seul un dispositif de suivi permet de réagir en fonction du niveau de mise en œuvre par les services audités. Une recommandation importante ne peut être laissée sans réponse et il peut être nécessaire, dans certains cas, de programmer un nouvel audit.

**Recommandation n°66 : Elaborer un processus de suivi de recommandations de tous les types audits et le faire figurer dans la charte d'audit.**

### 3.3.4. Créer un comité d'audit conforme aux normes professionnelles

[985] La CNAMTS a mis en place un comité national d'audit. Composé du directeur général, du responsable de l'audit et des directeurs opérationnels, ainsi que des représentants de directeurs de caisse. Ce comité prend un certain nombre de décisions suite aux audits et effectue un suivi de la mise en œuvre des recommandations nationales.

[986] Au regard des normes professionnelles de l'audit interne, ce comité ne saurait être assimilé à un comité d'audit. En effet, le comité d'audit est normalement composé d'administrateurs extérieurs indépendants de la direction et chargé de vérifier, notamment, l'indépendance des auditeurs internes. Il est en quelque sorte le garant de l'objectivité des travaux de l'audit interne. Parmi ses fonctions habituelles il approuve la charte d'audit interne, examine et approuve le programme et les besoins de l'audit interne, s'assure du respect de la déontologie, analyse les évaluations des processus de gestion des risques…. C'est donc un pilier très important de la fonction d'audit.

[987] Le comité national d'audit de la caisse nationale ne remplit pas ce rôle. Son utilité n'est pas en cause mais sa composition, malgré un représentant du contrôle général économique et financier, ne le lui permet pas de jouer le rôle que les normes professionnelles lui attribuent.

**Réponse de l'organisme :** *La mission estime qu'au regard des normes professionnelles, le comité national d'audit de la CNAMTS, de par sa composition, ne peut être assimilé à un comité d'audit, normalement composé d'administrateurs extérieurs indépendants de la direction et chargé de vérifier l'indépendance des auditeurs internes. L'évaluation de la composition et du rôle du Comité d'Audit, réalisée par comparaison directe aux normes de l'IIAA, n'est pas pertinente au regard du mode de gouvernance de la CNAMTS. En effet, les normes traitant de la position et de l'organisation de l'audit interne sont largement calées sur le fonctionnement du gouvernement des entreprises privées, notamment celles qui sont soumises à des obligations légales, dans une logique de contrôle indépendant des propriétaires sur les dirigeants. Or, l'Audit interne s'exerce dans des organisations très diverses, possédant des statuts différents (privé, public), qui justifient que les normes soient adaptées à l'environnement dans lequel l'audit intervient, dés lors que leurs concepts essentiels sont respectés. La composition et le fonctionnement du Comité d'audit de la CNAMTS ont été définis dans le respect des principes de la profession et en cohérence avec le mode de gouvernance de l'Assurance Maladie, qui justifie le rattachement de l'ensemble du dispositif d'audit interne au directeur général. Le règlement d'organisation de la CNAMTS retrace clairement l'organisation, le rôle et les missions de l'Audit Général, dont la finalité est d'apporter au management central toutes les informations, analyses et recommandations permettant d'améliorer le fonctionnement des organisations. Par son rattachement, l'audit est indépendant des activités sur lesquelles ses missions interviennent. Il est donc parfaitement cohérent, compte tenu du cadre d'exercice et du rôle de l'audit interne, que le Comité d'Audit soit composé des principales directions de la CNAMTS et de représentants des caisses.*

**Observation de la mission :** *L'analyse de la mission ne porte pas sur le rattachement de la fonction d'audit interne au directeur général. Cette possibilité est ouverte par les normes professionnelles. Elle est largement pratiquée dans tous les types d'organisation. Par contre la mission considère que le comité d'audit tel qu'il existe et fonctionne au sein de la banche est source d'ambigüités. Si la caisse nationale a raison de rappeler que la gouvernance des entreprises cotées est largement à l'origine de la création de cette instance, la mission tient à souligner que les objectifs poursuivis sont très largement applicables à toutes les organisations, y compris les établissements publics.*

[988] La création d'un comité d'audit au sens où les normes professionnelles l'entendent devrait être envisagée. Le comité actuel serait transformé en comité de suivi.

**Recommandation n°67 : Pour la prochaine COG, envisager la création d'un comité d'audit composé de représentants de l'Etat, en particulier des directions de l'administration centrale, et de personnalités qualifiées. Le responsable de l'audit interne de la branche maladie doit être membre de ce comité. Rédiger une charte du comité d'audit énumérant ses fonctions parmi lesquelles doivent figurer l'approbation du plan d'audit, l'approbation de la charte d'audit interne, l'analyse des évaluations des processus de gestion des risques, l'analyse des rapports adressés par les auditeurs internes.**

**Réponse de l'organisme :** *Pour la prochaine COG, la mission recommande d'envisager la création d'un comité d'audit composé de représentants de l'Etat, en particulier des directions de l'administration centrale, et de personnalités qualifiées, le responsable de l'audit interne de la branche maladie devant être membre de ce comité, de rédiger une charte du comité d'audit énumérant ses fonctions parmi lesquelles doivent figurer l'approbation du plan d'audit, l'approbation de la charte d'audit interne, l'analyse des évaluations des processus de gestion des risques, l'analyse des rapports adressés par les auditeurs internes. La recommandation d'intégrer au Comité d'Audit un représentant d'administration centrale de l'Etat n'est pas appropriée, s'agissant d'une instance qui appartient au dispositif d'audit interne de la branche. La mission IGAS a bien noté la présence d'un représentant du contrôle général économique et financier au sein de ce Comité. Par ailleurs, les programmes et travaux de l'audit sont mis à la disposition des services de l'Etat et régulièrement communiqués dans le cadre des demandes des Corps de Contrôle. Le Comité d'Audit fonctionne en cohérence avec le rattachement de l'audit interne au directeur dans une logique axée sur des décisions d'actions de progrès et de leur suivi.*

**Observation de la mission :** *Cf. commentaires de la mission sur la réponse de la Caisse aux paragraphes 985,986, 987 et 988 du tome 2.*

## 4. L'AUDIT LIE A LA CERTIFICATION DES COMPTES EST DETACHE DE L'AUDIT INTERNE. UNE COORDINATION EST CEPENDANT ASSUREE

### *4.1. La fonction d'audit liée à la certification des comptes est assurée par la direction financière et comptable*

[989] L'article D114-4-2 du Code de sécurité sociale, qui s'applique à l'ensemble du régime général, dispose que l'agent comptable de la caisse nationale est chargé de valider les comptes des caisses du réseau en vue de la certification des comptes combinés de la branche par la Cour des comptes.

[990] Cette validation applique, en l'adaptant, la méthode suivie par les commissaires aux comptes. Elle consiste en la rédaction d'une opinion pour chaque caisse. Cette opinion est assortie d'observations communiquées à la caisse. Les opinions et observations sont rassemblées dans un rapport de validation, visé par le directeur de la caisse nationale et transmis à la Cour des comptes. La validation fait partie des objectifs inscrits dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG).

[991] La validation s'appuie sur :

- les résultats de différents contrôles effectués sur la balance de chaque caisse,
- les déclarations de chaque caisse sur différents indicateurs relatifs au contrôle interne
- le dossier de clôture des comptes fourni par chaque caisse
- le questionnaire d'auto-évaluation fourni par chaque caisse
- le suivi des plans d'action mis en place par chaque organisme à la suite de la notification des observations relatives à l'exercice précédent
- les vérifications systématiques faites par l'équipe d'auditeurs sur ce dossier (demande de pièces complémentaires, contrôle de cohérence, demandes d'explications…)
- pour une partie des caisses chaque année, un audit sur place consacré exclusivement aux procédures comptables et aux procédures de contrôle interne sur les opérations ayant une incidence sur les comptes.

[992] Tous les organismes ne font pas l'objet d'un audit sur place. Depuis 2007, 47 audits sur place ont été réalisés. L'objectif, approuvé par la Cour des comptes, est d'auditer sur place chaque organisme une fois tous les 5 ans.

### *4.2. L'articulation avec l'audit général est organisée*

[993] Dans un premier temps on observera que l'émergence de cette fonction a conduit à séparer deux types d'audit interne. Si jusqu'alors l'audit général ne prenait pas en charge les finalités comptables et financières, il aurait pu être envisagé de les lui confier.

[994] La CNAMTS a choisi au contraire de confier les audits contribuant au processus de validation des comptes à la direction des finances et de la comptabilité (DFC). Cette organisation pose évidemment question car elle conduit à séparer les finalités de l'audit interne. La mission rappelle ici que l'audit interne dans son acception internationale poursuit plusieurs objectifs :

- L'efficience
- L'atteinte des objectifs de l'organisation
- La fiabilité des informations financières et comptables
- Le respect de la réglementation, qu'elle soit interne ou externe

[995] Ces finalités sont liées. Des problématiques comptables peuvent déboucher sur des enjeux de performance et inversement. Il faut, à partir d'un point d'entrée, être en mesure de poursuivre l'analyse sur toutes les composantes d'une question pour donner toute sa portée à un audit.

[996] Cette organisation ne correspond pas à la pratique des entreprises privées. En outre les normes professionnelles n'envisagent pas une telle séparation. Celle-ci est plutôt la conséquence d'une organisation de la comptabilité publique fondée sur la séparation des fonctions d'ordonnateur et de comptable.

[997] Compte tenu des enjeux et de l'importance du champ d'investigation, il n'est toutefois pas dénué de sens de mobiliser des équipes d'audits spécialisées et aguerries aux problématiques comptables.

[998] Dès lors que l'articulation entre les différentes missions est prévue, cette organisation peut fonctionner. Les deux services échangent leurs travaux. L'audit général peut donc donner suite à des travaux de validation des comptes en choisissant des caisses pour ses audits thématiques et faire des investigations dans les caisses où la validation a fait apparaître des dysfonctionnements graves.

[999] Le Directeur des Finances et de la Comptabilité participe au Comité National d'Audit et aux Comités de suivi des audits de structures organisés par la direction de l'audit général. De la même manière, le plan annuel d'audit élaboré par la direction de l'audit général est discuté avec les directions de la CNAMTS dont le DFC.

[1000] Enfin, une base de données permet aux responsables de la direction financière et comptable (DFC) et de la direction déléguée aux opérations (DDO) de consulter pour toutes les CPAM les résultats des audits du département de l'audit général.

# Sommaire - Annexe 5

1. LES INDICATEURS RELATIFS A LA PREVENTION DOIVENT ETRE CLARIFIES ET MIEUX DEFINIS . 251

2. DONNER UNE DEFINITION A L'INDICATEUR TAUX DE ME ..... 251

3. S'AGISSANT DE L'OFFRE DE SERVICE ET DE LA GESTION DE LA BRANCHE LES INDICATEURS DOIVENT ETRE CONSOLIDES..... 252

*3.1. Les indicateurs de délais ignorent totalement une partie des dossiers..... 252*

*3.2. Les enquêtes de satisfaction posent des problèmes de lisibilité..... 252*

*3.3. L'objectif de réduction des écarts du coût de point de performance ne fait pas sens ..... 253*

# Annexe 5 : Les indicateurs

[1001] La COG 2006-2009 comprend 37 indicateurs associés à des objectifs permettant de suivre la réalisation des engagements. Elle comprend également 11 indicateurs de suivi.

[1002] Sur la quarantaine d'indicateurs disponibles un certain nombre pose des difficultés de définition. Pour certains d'entre eux l'objectif poursuivi est imprécis tandis que pour d'autres les intitulés ne sont pas clairs. En outre, certains indicateurs de résultats ne permettent pas d'isoler la part qui est imputable à l'action de la branche maladie.

## 1. LES INDICATEURS RELATIFS A LA PREVENTION DOIVENT ETRE CLARIFIES ET MIEUX DEFINIS

[1003] La COG comprend un indicateur intitulé « Nombre de médecins mobilisés individuellement par une action de l'assurance maladie dans le programme de prévention impliquant les médecins traitants, rapporté au nombre de médecins définis dans ce programme ». L'objectif fixé est de 90%.

[1004] Il s'agit plus ici d'un indicateur de moyen que d'un indicateur de résultat. En effet, l'idée est plutôt d'apprécier le nombre de professionnels de santé qui ont été contactés et sensibilisés par l'assurance maladie sur des sujets de prévention, à travers les visites de DAM, les entretiens confraternels, les contrats ou encore les courriers. Cet indicateur ne donne pas le nombre de médecins qui ont engagé une action de prévention conformément au programme de prévention de la CNAMTS.

[1005] Ce nombre est rapporté à une cible théorique qui est définie par la CNAMTS, 90% des médecins de la cible devant être contactés. Il permet d'approcher la couverture de l'action de la branche concernant un thème, mais il est trop dépendant de la cible dont les modalités de détermination ne sont pas fixées dans la COG. Les résultats donnés pour 2007 dans l'unique suivi annuel disponible depuis le début de la COG sont d'ailleurs supérieurs à 100%.

[1006] L'indicateur « nombre de programmes ayant atteint les objectifs de mobilisation des médecins » (cf. indicateur précédent) présente les mêmes limites.

**Recommandation n°68 : Dans la COG, encadrer la détermination de la cible et clarifier l'intitulé de ces indicateurs en remplaçant « nombre de médecins mobilisés » par « nombre de médecins visités ou contactés ».**

[1007] L'indicateur « pourcentage de personnes ayant eu au moins une fois une délivrance de benzodiazépine à demi-vie longue » devrait être accompagné d'un indicateur de moyens. En effet l'atteinte de cet objectif dépend d'abord de l'action des médecins. Il serait utile que la CNAMTS lui associe, en dehors de la COG, un indicateur de moyens qui permettrait de mesurer l'effort de la branche maladie pour mobiliser les médecins sur ce thème.

**Recommandation n°69 : Adjoindre, hors COG, un indicateur de moyen sur les actions engagées par la CNAMTS pour réduire le pourcentage de personnes ayant eu au moins une fois une délivrance de benzodiazépine à demi-vie longue.**

## 2. EN MATIERE DE GESTION DU RISQUE, LES INDICATEURS NE PERMETTENT PAS D'OBSERVER L'EFFORT PRODUIT PAR LA BRANCHE POUR CONTRIBUER AU RESULTAT

[1008] On dénombre dans la COG seulement quatre indicateurs relatifs à la gestion du risque :

- Evolution du nombre de jours indemnisés au titre des IJ,
- Taux de substitution des génériques,
- Evolution du ratio ordonnancier bizone des médecins en ville et à l'hôpital,
- Taux de médecins modifiant leur comportement suite à des actions CNAMTS

[1009] Il s'agit d'indicateurs de résultats qui, logiquement, s'intéressent au résultat global. Ce dernier peut toutefois être la conséquence de facteurs extérieurs à l'action de l'assurance maladie, comme la situation économique. Aucun autre indicateur n'étant disponible il n'est pas possible de mesurer l'effort que la branche maladie a conduit pour contribuer à l'obtention de ces résultats.

[1010] Chacun de ces objectifs devrait être accompagné d'un indicateur de moyens de façon à être en mesure d'apprécier l'effort qui a été réalisé par la branche maladie. Il n'est pas nécessaire que ces indicateurs de moyens figurent dans la COG.

**Recommandation n°70 : La CNAMTS pourrait adjoindre des indicateurs de moyens à chacun des objectifs de résultat en matière de gestion du risque**

[1011] En outre, on peut s'interroger sur la pertinence de l'indicateur « taux de médecins modifiant leur comportement suite à des actions de la CNAMTS ». Cet indicateur se heurte à quelques difficultés de principe. On comprend bien le souhait de mesurer l'impact des actions de l'assurance maladie. Cependant il existe des limites réelles pour y parvenir. D'une part il faut pouvoir isoler ce qui est imputable à une action de l'assurance maladie et ce qui ne l'est pas. Quand bien même le médecin changerait de comportement, il serait difficile de savoir si c'est le résultat d'une action de l'assurance maladie ou pour une autre raison. Le savoir est important pour juger de l'efficacité des actions et pour les piloter. D'autre part comment définir la modification du comportement d'un médecin, sur quel sujet, s'apprécie-t-elle sur courte ou longue durée ? Ce sont des questions auxquelles il n'est pas répondu dans la convention d'objectif et de gestion.

**Recommandation n°71 : Définir précisément l'indicateur « taux de médecins modifiant leur comportement suite à des actions de la CNAMTS » ou le supprimer.**

## 3. S'AGISSANT DE L'OFFRE DE SERVICE ET DE LA GESTION DE LA BRANCHE LES INDICATEURS DOIVENT ETRE CONSOLIDES

### *3.1. Les indicateurs de délais ignorent une partie des dossiers*

[1012] La plupart des indicateurs et objectifs en matière de qualité de service consistent à améliorer le délai de traitement pour un nombre de plus en plus important de dossiers. Il en est ainsi des délais des remboursements des FSE (90% des dossiers réglés dans un délai de 7 jours) ou des délais de versement des IJ (90% des versements de la première Ij en moins de trente jours).

[1013] Cette attention portée à une partie, il est vrai de plus en plus importante des dossiers, ne devrait pas conduire à se désintéresser totalement des autres. Ce qui est le cas aujourd'hui. On ne pourrait se satisfaire d'une situation qui s'améliorerait pour une part importante des assurés mais qui se dégraderait fortement pour une minorité. A l'heure actuelle aucune donnée n'est disponible sur une part plus ou moins importante de dossiers.

**Recommandation n°72 : La CNAMTS pourrait prévoir (hors COG) un indicateur mesurant le délai de traitement pour tous les dossiers.**

### *3.2. Les enquêtes de satisfaction posent des problèmes de lisibilité*

[1014] L'idée de compléter cette appréciation de la qualité de service par des éléments qualitatifs et émanant directement des assurés, des professionnels de santé ou des employeurs est assurément bonne. Néanmoins aujourd'hui les indicateurs posent un certain nombre de problèmes (cf. annexe qualité de service) qu'il faut pouvoir résoudre pour garder toute leur intérêt à ces indicateurs qui sont mal compris des caisses.

**Recommandation n°73 : Refondre les enquêtes de satisfaction pour les rendre plus lisibles en choisissant des questions et des indicateurs renvoyant à des leviers d'action mobilisables par les caisses**

### *3.3. L'objectif de réduction des écarts du coût de point de performance ne fait pas sens*

[1015] L'objectif de réduction des écarts du coût de point de performance n'est pas satisfaisant d'un point de vue méthodologique. Rappelons que le coût du point de performance rapporte le nombre de points obtenus au CPG à l'ensemble des dépenses de l'organisme. C'est un instrument qui mesure l'effort produit dans l'année par rapport à l'objectif assigné et non le niveau d'efficience atteint par la caisse.

[1016] Schématiquement, plus la performance est élevée, plus, à volume d'activité équivalent, il est difficile de progresser. Le coût du point de performance, entendu comme le coût marginal du point de performance, croît avec la performance. L'interprétation et l'utilisation des résultats données par cet indicateur n'est pas aisée. . Pour ces raisons la mission le trouve peu pertinent.

**Recommandation n° 74 : Refondre l'indicateur coût du point de performance**

[1017] La convention d'objectif et de gestion prévoyait la refonte de l'indicateur BAP. Cette refonte n'étant pas achevée la mission n'a pas pu en prendre connaissance. A ses yeux, compte tenu de la complexité de l'activité des caisses (les inducteurs d'activités sont très différents) et de leur environnement, un indicateur de charge tel que le nombre de BAP doit être avant tout robuste, c'est-à-dire simple et incontestable. L'hypothèse de le fonder sur la démographie générale du ressort de la caisse pondérée par la structure en âge de la population pourrait être expertisée.