



Evaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2018 – 2022 de la CNAM et recommandations en vue de son renouvellement

Tome 2 : ANNEXES

**Mathias ALBERTONE, Geneviève GUEYDAN, Pascale FLAMANT, Céline
PERRUCHON**

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

**Avec le concours de Dorothée IMBAUD, membre de l'inspection
générale des affaires sociales**

**Avec la contribution de Mathilde ROCHE, interne en pharmacie en stage
à l'IGAS**

2022-027R
Novembre 2022

SOMMAIRE

ANNEXE 1 : BILAN DES INDICATEURS DE RESULTATS	9
ANNEXE 2 : BILAN DES ACTIONS CNAM PREVUES DANS LA COG	17
AXE 1 : RENFORCER L'ACCESSIBILITÉ TERRITORIALE ET FINANCIÈRE DU SYSTÈME DE SOINS.....	18
AXE 2 : CONTRIBUER À LA TRANSFORMATION ET À L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ	27
AXE 3 : RENDRE AUX USAGERS UN SERVICE MAINTENU À UN HAUT NIVEAU DE QUALITÉ	39
AXE 4 : ACCOMPAGNER L'INNOVATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ	47
AXE 5 : RÉUSSIR L'INTÉGRATION D'AUTRES RÉGIMES EN GARANTISSANT UN FONCTIONNEMENT EFFICIENT DE LA BRANCHE	55
ANNEXE 3 : ENGAGEMENTS ETAT COG 2018 - 2022	67
ANNEXE 4 : ENGAGEMENT INTERBRANCHES/INTERREGIMES	79
ANNEXE 5 LA DEMATERIALISATION ET LA MODERNISATION DES SYSTEMES D'INFORMATION : LE PRINCIPAL LEVIER D'EFFICIENCE POUR LA PROCHAINE COG	81
1 LES TELESERVICES VONT CONTINUER A CONTRIBUER AUX GAINS D'EFFICIENCE, MAIS DE MANIERE DESORMAIS PLUS MARGINALE.....	84
1.1 LES GAINS D'EFFICIENCE LIES A LA DEMATERIALISATION DES OUTILS DES PROFESSIONNELS DE SANTE PASSENT DESORMAIS PAR UN BOUQUET D'OUTILS ET DE TELESERVICES	84
1.1.1 <i>La feuille de soins électronique : un gisement historique et majeur de productivité désormais quasi épuisé.</i>	84
1.1.2 <i>La « e-Carte Vitale » : un projet dont la montée en charge au-delà d'une expérimentation prévue à la COG n'a pas encore eu lieu.....</i>	85
1.1.3 <i>Les apports en termes de gains d'efficience de la e-prescription, à ce jour à peine lancée, pourraient être importants mais sont à ce stade incertains.....</i>	87
1.1.4 <i>La généralisation de la facturation en ligne a vocation à compléter la chaîne de facturation et de liquidation dématérialisée intégrale.....</i>	92
1.1.5 <i>La généralisation de l'usage des téléservices par les professionnels de santé, notamment pour les avis d'arrêt de travail, doit encore permettre des gains de productivité.....</i>	92
1.2 L'USAGE DE PLUS EN PLUS DEVELOPPE DU COMPTE AMELI ET DE SON BOUQUET DE SERVICES PAR LES ASSURES DEVRAIT DESORMAIS AVOIR UN IMPACT PLUS LIMITE SUR LES GAINS D'EFFICIENCE DU RESEAU	96
1.2.1 <i>Le compte Ameli est devenu le canal privilégié des échanges entre les assurés et l'assurance maladie.....</i>	96
1.2.2 <i>Les objectifs prévus à la COG ont, sauf exception, tous été dépassés, et les gains d'efficience restant paraissent très limités.....</i>	98
1.2.3 <i>La dématérialisation des contacts avec les entreprises pourrait être une source de gains non négligeables</i>	100
2 LES OUTILS METIERS, DONT LA RENOVATION AURAIT DU ABOUTIR EN FIN DE COG ACTUELLE, REPRESENTENT POUR LA PROCHAINE COG UN POTENTIEL DE PRODUCTIVITE, TOUTEFOIS DIFFICILE A CHIFFRER ET INCERTAIN DANS SA TEMPORALITE.....	102
2.1 LES GAINS D'EFFICIENCE QUE DEVAIT APPORTER LA RENOVATION DES PRINCIPAUX LOGICIELS DE GESTION CES DERNIERES ANNEES DEVRAIENT SE REALISER AU COURS DE LA PROCHAINE COG	102
2.1.1 <i>De nombreux chantiers métiers, qui auraient dû être achevés avant la fin de la COG, sont encore en cours, voire en début de lancement.....</i>	102
2.1.2 <i>Les organismes, en forte attente sur les nouveaux outils SI métiers, ont très peu de visibilité sur leur état d'avancement et s'inquiètent des conditions de déploiement à venir.....</i>	107

2.1.3	<i>L'évaluation par la CNAM des gains d'efficience liés aux outils de gestion reste limitée malgré l'importance et le coût des chantiers de refonte, et incertaine quant au séquençage des restitutions possibles en cours de COG.</i>	108
2.2	LA CNAM MISE SUR LES AUTOMATES DE GESTION, IDENTIFIES COMME L'UN DES PRINCIPAUX LEVIERS DE GAINS D'EFFICIENCE POUR LES PROCHAINES ANNEES, MALGRE LEUR IMPACT A CE JOUR ENCORE LIMITE.	109
2.2.1	<i>Les outils Proweb ont été développés pour pallier les difficultés d'évolution et la lourdeur des outils métiers et ont permis des gains de productivité.</i>	109
2.2.2	<i>Le tout nouveau programme PANDA devrait permettre de changer d'échelle en termes de gains de productivité induits par les assistants digitaux.</i>	111
2.3	LA NUMERISATION DE LA MAJEURE PARTIE DES FLUX ENTRANTS DE COURRIERS SERAIT PORTEUSE DE GAINS IMPORTANTS...	112

ANNEXE 6 : L'ORGANISATION TERRITORIALE DU RESEAU, LA MUTUALISATION ET L'ENTRAIDE 115

1 CONFORMEMENT A LA COG, LA STRATEGIE DE REDISTRIBUTION D'ACTIVITES ENTRE CAISSES A ETE CONFORTEE MAIS ELLE ATTEINT DESORMAIS SES LIMITES 117

1.1	LA DEMARCHE DE REDISTRIBUTION D'ACTIVITES A ETE CONSOLIDEE LORS DE LA COG 2018-22, AVEC UNE CROISSANCE SENSIBLE DES EFFECTIFS MOBILISES A CE TITRE	117
1.1.1	<i>Une démarche structurante pour le réseau, consacrée sous la COG précédente</i>	117
	<i>La redistribution d'activités entre caisses comporte plusieurs dimensions :</i>	117
1.1.2	<i>Une croissance sensible des effectifs mobilisés avec un fort développement des activités mutualisées dédiées à la relation clients</i>	118
1.2	LES DISPOSITIFS DE MUTUALISATION ET D'ENTRAIDE ONT EVOLUE PENDANT LA COG EN LIEN AVEC L'INTEGRATION DES REGIMES ET POUR REpondre A LA CRISE	120
1.2.1	<i>La reprise des régimes et la crise sanitaire ont conduit à adapter le dispositif de mutualisation et d'entraide</i>	120
1.2.2	<i>Le dispositif d'entraide a été marqué par le doublement des effectifs de PHARE et par la mise en place de task force pour le traitement des IJ.</i>	122
	Le dispositif d'entraide au sein du réseau a pris plusieurs dimensions sur la durée de la COG : le dispositif PHARE a été renforcé, le dispositif national de suivi des organismes en difficultés (conjoncturelles ou structurelles) a été structuré, une task force IJ mise en place. L'objectif initial de fond d'harmonisation des niveaux de services et d'éviter que des organismes ne s'enfoncent dans des difficultés chroniques a été percuté par le contexte de crise sanitaire.	122
	Le dispositif PHARE est monté sensiblement en puissance sur la durée de la COG (doublement des moyens), pour passer de 12 plateaux et 167 ETP en 2018 à 19 plateaux et 347,1 ETP en 2021. Cette croissance a bénéficié à compter de 2019 des marges de manœuvre dégagées par l'intégration des nouveaux régimes, ce qui peut être mis à l'actif de la CNAM dans sa gestion de l'intégration.	122
	<i>Le nombre de plateaux PHARE et le type d'activités prises en charge ont connu beaucoup d'ajustements pendant la COG en fonction des besoins, ce qui témoigne d'un pilotage fin réalisé par la caisse nationale : forte montée en puissance des renforts IJ avec des plateaux passés de 3 à 7, croissance puis ajustement des moyens consacrés à la C2S (passage de 2 à 6 puis 5 plateaux), démarrage de PHARE IJ AT –MP puis redéploiement sur les IJ, arrêt prévu de PHARE FSP.</i>	122
1.2.3	<i>Le dispositif TRAM a pris une place structurante au sein du réseau mais semble désormais atteindre ses limites notamment dans le contact clients.</i>	124
1.3	LES TRAVAUX DE LA MISSION DELEGUEE 35 SUR LA MUTUALISATION PEUVENT SERVIR DE BASE A DES AJUSTEMENTS LORS DE LA PROCHAINE COG	127
1.3.1	<i>Les travaux en cours de la mission déléguée 35 dressent un bilan globalement positif sur la mutualisation mais alertent sur les risques d'une extension de la démarche</i>	127
1.3.2	<i>Pistes pour la prochaine COG</i>	130

2 HORS OBJECTIF DE LA COG, LE MAILLAGE TERRITORIAL DU RESEAU A TRES PEU EVOLUE CES DERNIERES ANNEES MAIS IL POURRAIT DONNER LIEU A DES AJUSTEMENTS MESURES SOUS LA PROCHAINE COG..... 132

2.1	UNE MAILLE DEPARTEMENTALE ESSENTIELLE MAIS PAS TOUJOURS OPTIMISEE	132
2.1.1	<i>Le maintien de quelques caisses infra départementales questionne, alors que la branche famille est allée au bout de la départementalisation</i>	132
2.1.2	<i>Des mutualisations de différents ordres à étudier pour consolider les caisses de taille restreinte</i>	133
2.1.3	<i>Des rapprochements CAF-CPAM encore limités</i>	134

2.2	UN MAILLAGE INFRA-DEPARTEMENTAL DENSE QUI A PEU EVOLUE CES DERNIERES ANNEES, DANS UN CONTEXTE MARQUE PAR LE DEVELOPPEMENT DES MAISONS FRANCE SERVICES	136
2.2.1	<i>Un maillage dense des lieux d'accueil dans un contexte d'évolution des canaux de contact qui tend à réduire la part de l'accueil physique</i>	136
2.2.2	<i>Un développement des maisons France services à intégrer de façon plus explicite dans la stratégie d'accueil de la CNAM</i>	139
2.2.3	<i>Une stratégie nationale à expliciter prenant en compte des objectifs d'optimisation du maillage et des implantations immobilières mais aussi de qualité de la relation clients et d'emploi local.</i>	140

ANNEXE 7 : INDEMNITES JOURNALIERES 143

1 UNE PRESTATION DONT LA GESTION PEU PERFORMANTE A DE FORTS IMPACTS EN TERMES DE QUALITE DE SERVICE AUX ASSURES ET DONT LE DYNAMISME STRUCTUREL A BONDIT PENDANT LA CRISE 146

1.1	UNE AUGMENTATION DE PLUS DE 4% PAR AN EN MOYENNE DES ARRETS (TOUS MOTIFS) ET DES IJ A PARTIR DE 2014, QUI BONDIT PENDANT LA CRISE SANITAIRE, AVEC UN PIC AU DEBUT DE L'ANNEE 2022	146
1.1.1	<i>Une croissance qui touche les indemnités journalières versées au titre de la maladie et des accidents du travail/maladies professionnelles.....</i>	146
1.1.2	<i>Une croissance des IJ maladie (subrogées ou non) plus forte que celle des bénéficiaires et du nombre d'arrêts indemnisés.....</i>	147
1.1.3	<i>Une évolution du volume et de la durée des arrêts de travail due à des facteurs exogènes à l'assurance maladie</i>	149
1.1.4	<i>La croissance très importante des IJ pendant la crise s'est accompagnée de la mise en place d'un dispositif dérogatoire.....</i>	150
1.2	UNE REGLEMENTATION COMPLEXE ET DES SYSTEMES D'INFORMATION DONT LA PERFORMANCE DOIT ETRE AMELIOREE.....	152
1.2.1	<i>La complexité du régime des IJ conduit à une perte de lisibilité pour les acteurs et les bénéficiaires</i>	152
1.2.2	<i>L'intégration au régime général des travailleurs indépendants en 2020 a été pour la CNAM une opportunité pour développer un nouvel outil de gestion des indemnités journalières.....</i>	153
1.3	UN PROCESSUS COUTEUX EN GESTION POUR L'ASSURANCE MALADIE ET A FORT ENJEU EN TERME DE RELATION DE SERVICE .	155
1.3.1	<i>Un processus séquencé et multipartite.....</i>	155
1.3.2	<i>Un processus consommateur de ressources, qui ont dû être renforcées durant la crise sanitaire</i>	157
1.3.3	<i>Les solutions mises en œuvre pour répondre à l'explosion de la volumétrie des IJ.....</i>	158
1.3.4	<i>Une activité à très fort impact en termes de qualité de service.....</i>	160

2 LES ENGAGEMENTS PREVUS DANS LA COG 2018-22 N'ONT ETE QUE PARTIELLEMENT TENUS 164

2.1	LA CAISSE NATIONALE N'A QUE PARTIELLEMENT TENU LES CINQ ENGAGEMENTS QUI LUI ONT ETE FIXES DANS LE CHAMP DES INDEMNITES JOURNALIERES.....	164
2.1.1	<i>Elle était liée par cinq engagements rattachés à trois axes stratégiques.....</i>	164
2.1.2	<i>Les résultats des six indicateurs associés aux engagements et actions montrent que la caisse nationale n'a atteint que partiellement les objectifs qui lui étaient fixés.....</i>	164
2.1.3	<i>L'analyse des indicateurs montre une grande dispersion entre les CPAM dans l'atteinte des objectifs</i>	166
2.2	L'ÉTAT A GLOBALEMENT TENU SES DEUX ENGAGEMENTS.....	171

3 LA GENERALISATION DE LA DEMATERIALISATION DES DECLARATIONS ET L'AMELIORATION DE LA PERFORMANCE DES OUTILS DE GESTION AU SERVICE DE L'EFFICIENCE ET DE LA QUALITE DE SERVICE 172

3.1	LA GENERALISATION DE LA DEMATERIALISATION DES DECLARATIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET DES EMPLOYEURS POUR FLUIDIFIER ET ACCELERER LES DELAIS DE REGLEMENT DES IJ.....	172
3.1.1	<i>Le télé service de déclaration des avis d'arrêt de travail prescrits est encore insuffisamment utilisé par les professionnels de santé</i>	172
3.1.2	<i>Fluidifier et accélérer le processus de transmission par les employeurs à l'assurance maladie des données de rémunération des assurés</i>	174
3.2	LE DEPLOIEMENT D'ARPEGE POUR AMELIORER LA PERFORMANCE DE LA GESTION DES IJ DES SALARIES.....	180
3.3	LE RENFORCEMENT DES ECHANGES DE DONNEES ENTRE OPERATEURS	182

4 SIMPLIFIER LA LEGISLATION/REGLEMENTATION, POUR GAGNER EN EFFICIENCE ET EN QUALITE DE SERVICE 183

4.1	DIFFERENTS OBJECTIFS QUI CONCOURENT A UNE AMELIORATION DE L'EFFICIENCE DE LA GESTION DES INDEMNITES JOURNALIERES	183
4.2	LES MESURES DE SIMPLIFICATION ET D'HARMONISATION PROPOSEES :	183
4.2.1	<i>L'harmonisation des périodes de référence et de l'assiette de ressources utilisées pour le calcul des IJ est prioritaire.....</i>	183
4.2.2	<i>D'autres mesures pourraient contribuer à l'objectif de simplification et d'harmonisation</i>	184
5	UN ACCOMPAGNEMENT PLUS ETROIT ET DES CONTROLES PLUS NOMBREUX ET MIEUX CIBLES DES ARRETS DE TRAVAIL SONT NECESSAIRES A L'AMELIORATION DE LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS.....	186
5.1	ACCROITRE LA RESPONSABILISATION DES ACTEURS PAR UNE INFORMATION ET UN ACCOMPAGNEMENT RENFORCES	189
5.1.1	<i>Renforcer l'accompagnement des médecins prescripteurs</i>	189
5.1.2	<i>Sensibiliser davantage les assurés.....</i>	193
5.2	POURSUIVRE LES EFFORTS ENGAGES EN VUE DE S'ASSURER D'UNE JUSTE PRESCRIPTION DES ARRETS DE TRAVAIL PAR UNE POLITIQUE DE CONTROLE CIBLEE DES MEDECINS PRESCRIPTEURS	193
5.2.1	<i>Développer la complémentarité des compétences au sein du service médical pour renforcer sa capacité à agir en matière de contrôle</i>	193
5.2.2	<i>Améliorer les outils mis à la disposition du service médical pour faciliter et mieux cibler les situations nécessitant un contrôle renforcé</i>	195
6	EVALUATION DE LA CONTRIBUTION POTENTIELLE DE LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS DU PRESENT RAPPORT A LA TRAJECTOIRE DES EFFECTIFS DE LA PROCHAINE COG.....	195
6.1	EVALUATION DU VOLUME D'IJ A TRAITER D'ICI A 2027	196
6.2	EVALUATION DE L'IMPACT, PAR NATURE ET INTENSITE, ATTENDU DE LA MISE EN ŒUVRE DES MESURES RECOMMANDEES PAR LA MISSION.....	197
6.3	EVALUATION DES GAINS D'EFFECTIFS SUSCEPTIBLES D'ETRE DEGAGES A ECHEANCE DE 2027	199
	ANNEXE 8 : LUTTE CONTRE LA FRAUDE.....	201
1	LA CNAM A RENFORCE SON INTERVENTION EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE DURANT LA COG 2018-22, NOTAMMENT SOUS L'IMPULSION GOUVERNEMENTALE ET PARLEMENTAIRE.....	204
1.1	LA CNAM S'EST MISE EN SITUATION DE MIEUX STRUCTURER SON ACTION, S'INSCRIVANT DANS LES ORIENTATIONS DU PLAN D'ACTION MINISTERIEL DE LUTTE CONTRE LES FRAUDES SOCIALES 2021-22	204
1.1.1	<i>La réorganisation du dispositif interne de pilotage de lutte contre la fraude dans un objectif de renforcement de l'efficacité</i>	204
1.1.2	<i>Une programmation renforcée des actions dans le cadre de plans annuels de contrôle, complétés par des plans régionaux.....</i>	205
1.1.3	<i>Le développement des outils, dans le but d'améliorer l'efficacité de l'action, conformément à son engagement pris dans la COG</i>	207
1.1.4	<i>Elle a déployé un nouveau dispositif de formation plus diversifié à partir de 2019.....</i>	211
1.1.5	<i>L'initialisation récente de travaux d'estimation de la fraude</i>	212
1.2	LA CNAM PARTICIPE A LA DEMARCHE INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE PILOTEE PAR LA MISSION INTERMINISTERIELLE DE COORDINATION ANTI FRAUDES (MICAF) DEPUIS 2020	213
2	UNE ACTION FORTEMENT IMPACTEE PAR LA CRISE SANITAIRE DANS UN DOUBLE SENS, A LA BAISSSE ET A LA HAUSSE	215
2.1	UNE ACTIVITE SUSPENDUE AU DEBUT DE LA CRISE QUI A REPRIS PARTIELLEMENT A L'ISSUE DU PREMIER CONFINEMENT	215
2.1.1	<i>La suspension des activités sauf pour les cas de fraudes portant gravement atteinte à l'assurance maladie</i>	215
2.1.2	<i>L'affectation des agents sur des missions en lien avec la crise sanitaire</i>	215
2.1.3	<i>La reprise progressive et adaptée de l'activité compte-tenu de l'évolution de la situation sanitaire.....</i>	215
2.1.4	<i>Les cibles des indicateurs ont, dans ce contexte, été revues à la baisse</i>	216
2.2	LE DEVELOPPEMENT DE NOUVELLES FRAUDES LIEES AUX DISPOSITIFS MIS EN PLACE POUR FAIRE FACE A LA PANDEMIE A EU UN IMPACT SUR LA CHARGE DE TRAVAIL.....	216
2.2.1	<i>Des fraudes qui ont concerné l'activité des professionnels de santé</i>	216
2.2.2	<i>Des fraudes de la part des assurés</i>	217

3	UN BILAN D’ACTION SUR LA PERIODE DE LA COG PEU PROBANT MAIS POUR AUTANT PEU SIGNIFICATIF	217
3.1	DES ENGAGEMENTS PARTIELLEMENT TENUS	217
3.2	UN BILAN A PLACER EN REGARD DU CONTEXTE DE CRISE SANITAIRE ET DES MOYENS LIMITES DE LA BRANCHE.....	219
3.2.1	<i>Des résultats d’indicateurs assez peu significatifs</i>	219
3.2.2	<i>Même si les moyens des caisses sont consolidés, ils restent limités</i>	220
4	LEVIERS POUR LA PROCHAINE COG	223
4.1	ACCROITRE LA PROFESSIONNALISATION DES SERVICES DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE	224
4.2	RENFORCER LES MOYENS D’ACTION A DISPOSITION DES SERVICES DE L’ASSURANCE MALADIE	225
4.3	OPTIMISER LES SYSTEMES D’INFORMATION RESTE LE LEVIER PRINCIPAL.....	226
4.3.1	<i>En interne à la branche</i>	226
4.3.2	<i>En partenariat</i>	227
	ANNEXE 9 : EVOLUTION DE LA PRODUCTIVITE DES CAISSES PRIMAIRES DE 2017 A 2021	229
1	DES EVOLUTIONS TRES CONTRASTEES DES RESSOURCES HUMAINES DES CAISSES	229
2	UNE AMELIORATION GENERALE, REGULIERE ET IMPORTANTE DE LA PRODUCTIVITE QUI NE REDUIT PAS LES ECARTS INTER-CAISSES	230
3	UN PAYSAGE DE CAISSES CONTRASTE ALLIANT UNE STABILITE DE POSITIONS POUR CERTAINES ET RUPTURES ASSEZ MARQUEES POUR D’AUTRES	231
	ANNEXE 9 BIS TB PRODUCTIVITE	233
	ANNEXE 10 : TRAJECTOIRE DES EFFECTIFS DE LA COG 2018- 2022 ET MISE EN PERSPECTIVE POUR LA PROCHAINE COG	247
1	UNE TRAJECTOIRE INITIALE DE LA COG MARQUEE PAR LA POURSUITE DES EFFORTS D’EFFICIENCE ET PAR L’INTEGRATION, A UNE ECHELLE INEDITE, DE NOUVEAUX REGIMES	253
1.1	A PERIMETRE CONSTANT, UNE PREVISION DE BAISSSE DE 12 % DES EFFECTIFS SUR LA DUREE DE LA COG	253
1.2	L’INTEGRATION AU REGIME GENERAL, DES REGIMES DES ETUDIANTS, DES FONCTIONNAIRES ET DU RSI A REPRESENTE UN APPORT DE PRES DE 7 % DES EFFECTIFS, AVEC DE FORTS IMPACTS SUR LE RESEAU	255
1.2.1	<i>Trois régimes à intégrer dans un calendrier resserré avec des objectifs COG ambitieux et un impact important sur la trajectoire</i>	255
1.2.2	<i>Un impact RH et organisationnel important pour le réseau de la CNAM</i>	257
1.3	DES AJUSTEMENTS DE TRAJECTOIRE (HORS CRISE) DE PORTEE LIMITEE POUR PRENDRE EN COMPTE DES EVOLUTIONS PERENNES DU PERIMETRE D’ACTIVITE	258
2	LA CRISE SANITAIRE A RENDU NECESSAIRE DES RENFORTS EXCEPTIONNELS ET UNE ADAPTATION DE LA TRAJECTOIRE, POUR PERMETTRE A LA CNAM ET A SON RESEAU D’ASSURER LES MISSIONS MAJEURES QUI LEUR ONT ETE CONFIEES	259
2.1	L’ASSURANCE MALADIE A JOUE UN ROLE MAJEUR DANS LA GESTION DE LA CRISE, DANS LE CADRE DE MISSIONS REDEFINIES.	259
2.2	L’ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES ONT ETE FORTEMENT IMPACTES.....	260
2.3	DES DECISIONS D’AUGMENTATION DES MOYENS HUMAINS TRES CONSEQUENTES POUR FAIRE FACE AUX DEFIS DE LA PERIODE	262
3	LA TRAJECTOIRE DE LA COG DECLINEE POUR PARTIE DANS UN CONTEXTE EXCEPTIONNEL DE CRISE SANITAIRE QUI S’ACHEVE SUR UNE ANNEE 2022 TRES EXIGEANTE EN TERMES DE RESTITUTION D’EFFECTIFS	264
3.1	UN RESPECT ANNONCE DE LA TRAJECTOIRE, DANS UN CONTEXTE DE CRISE SANITAIRE NON ACHEVEE ET DE FORTE TENSION SUR LE RESEAU	264
3.1.1	<i>Une déclinaison dans le réseau de la trajectoire rendue plus difficile par un équilibre entre départs à la retraite et turn-over différent de celui initialement prévu</i>	264
3.1.2	<i>Une trajectoire rendue difficilement lisible du fait du jeu des apports de crise et marquée par un atterrissage en 2022 très exigeant</i>	266
3.2	DES EVOLUTIONS DIFFERENCIEES DES EFFECTIFS SELON LES STRUCTURES ET LES ACTIVITES	268
3.2.1	<i>Des trajectoires d’effectifs contrastées selon les types de structures</i>	269

3.2.2	<i>Des évolutions contrastées des processus métiers en termes de charge et de ressources humaines au sein des caisses primaires</i>	270
3.3	QUELQUES ELEMENTS DE SYNTHÈSE CONCLUSIVE A DATE	278
4	PREMIERS ELEMENTS D'ÉCLAIRAGE A DATE SUR LE CONTEXTE ET LES PARAMÈTRES DE LA TRAJECTOIRE DE LA PROCHAINE COG	278
4.1	UN CONTEXTE DE DÉBUT DE COG ENCORE MARQUÉ PAR LA CRISE ET SES SUITES, UN JUSTE ÉQUILIBRE CHARGE/RESSOURCES PLUS DÉLICAT À ATTEINDRE AU FIL DES COG	279
4.2	UNE PERSPECTIVE DE BAISSÉ DES DÉPARTS À LA RETRAITE QUI NE FACILITE PAS LA MISE EN ŒUVRE DES RESTITUTIONS D'EFFECTIFS	280
4.3	A DÉFAUT DE DISPOSER D'UN LEVIER MASSIF D'EFFICIENCE, UN ENSEMBLE DE PISTES SONT SUSCEPTIBLES D'APPORTER DES GAINS DE PRODUCTIVITÉ MAIS LEUR IMPACT EST DIFFICILE À QUANTIFIER FAUTE DE SOURCES CHIFFRÉES ET DU FAIT D'INCERTITUDES SUR LE CALENDRIER	282
4.3.1	<i>Le chantier des IJ sera déterminant en termes d'efficience et de qualité de service dans le cadre de la prochaine COG</i>	282
4.3.2	<i>Les principaux leviers d'efficience relèvent des SI et des téléservices, avec des mises en services et montée en puissance étalées sur la durée de la prochaine COG</i>	283
4.3.3	<i>Des gains limités à attendre de la poursuite de la mutualisation et de la réorganisation du maillage territorial du réseau, sauf à remettre en cause le modèle de CPAM « généralistes »</i>	285

Annexe 1 : Bilan des indicateurs de résultats

Le tableau présenté à la page suivante dresse un bilan complet des indicateurs de résultats prévus dans la COG.

Tableau 1 : Bilan de l'atteinte des indicateurs de la COG entre 2017 et 2022

N°	COG indicateur	Cible 2018	Résultats 2018	Cible 2019	Résultats 2019	Cible 2020	Résultats 2020	Cible 2021	Résultats 2021	Cible 2022
AXE 1 : RENFORCER L'ACCESSIBILITÉ TERRITORIALE ET FINANCIÈRE DU SYSTÈME DE SOINS										
Fiche n°1 Comprendre et réduire le renoncement en accompagnant les assurés dans leur accès aux soins										
1	Nombre de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS	6 600 000	6 643 157	6 713 000	6 896 002	6 850 000	7 795 695	7 000 000	7 008 276	7 150 000
2	Nombre d'accompagnements PFIDASS aboutis	33 000	16 364	60 000	36 585	78 750	36 367	100 000	77 333	100 000
3	Nombre d'assurés accompagnés au titre de la PDP	+ 2,5 % /2017 138134	140530	+ 2,5 % /2018 141587	143295	+ 2,5 % /2019 145127	121648	+ 2,5 % /2020 148 755	133710 (+9,9%)	+ 2,5 % /2021 152 474
Fiche n° 2 Lutter contre les inégalités sociales d'accès aux soins										
4	Évolution du taux de dépassement des médecins de secteur 2 et 1 DP	49,50%	48,80%	48,00%	47,80%	47,00%	47,00%	46,50%	47,90%	46,00%
5	Part des actes à tarif opposable (toutes catégories : CMU-C, ACS...)	41,00%	40,40%	42,00%	41,50%	43,00%	43,00%	44,00%	43,36%	45,00%
Fiche n° 3 Lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins et favoriser un exercice coordonné des pratiques										
6	Nombre de contrats démographiques incitatifs signés	Caim : 546 CSTM : 85	Caim : 598 CSTM : 44	Caim : 896 CSTM : 150	Caim : 1100 CSTM : 92	Caim : 1 246 CSTM : 200	Caim : 1745 CSTM : 133	Caim : 1 596 CSTM : 250	Caim : 1999 CSTM : 120	Caim : 1 746 CSTM : 300
7	Nombre de contrats ACI MSP signés	720	710	980	933	1280	1168	1530	1458	1800
8	Durée moyenne de séjour pour les adhérents au Prado chirurgie	4,75	5,2	4,55	ND	4,35	ND	4,15	5	4
9	Nombre d'actes de télémédecine	-	-	500 000	135 500	700 000	18 400 000	1 000 000	13 905 314	1 400 000

AXE 2 : CONTRIBUER À LA TRANSFORMATION ET À L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Fiche n° 4 Faire de la prévention un axe stratégique de la gestion du risque

10	Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus	+ 4 % /2017	54,73 %	+ 1 % /2018 60%	53,77 %	+ 1 % /2019 61%	50,00 %	+ 1 % /2020 62%	51,80 %	+ 1 % /2021
11	Dépistage organisé du cancer colorectal	+ 5 % /2017	26,49 %	+ 3 % /2018 35%	24,48 %	+ 1 % /2019 36%	21,80 %	+ 1 % /2020 37%	27,40 %	+ 1 % /2021
12	Dépistage organisé du cancer du sein	+ 1 % /2017	59,07 %	+ 1 % /2018 61%	59,76 %	+ 1 % /2019 62%	54,10 %	+ 1 % /2020 63%	56,00 %	+ 1 % /2021
13	Taux de recours global aux chirurgiens-dentistes pour les classes d'âge concernées par l'examen buccodentaire	61 %	-	62 %	6-18 ans : 62,89 % 6-24ans : 60,34 %	63 %	6-18 ans : 56,5 % 6-24ans : 46,4 %	64 %	6-18 ans : 60,6 % 6-24ans : 51,1 %	65 %

Fiche n° 5 Renforcer la qualité et la pertinence des parcours de soins et moderniser les outils de la gestion du risque

14	Taux de respect de l'ONDAM	100 %	100%	100 %	100 %	100 %	Dépassement de 600M€ soit 0,3 pt	100 %	Impact crise	100 %
15	Taux de respect des objectifs de maîtrise médicalisée	100 %	65 %	100 %	51 %	100 %	MM mise en pause	100 %	MM mise en pause	100 %
16	Mise en place de la dématérialisation des demandes d'accord préalables	/	/	MK	0	Orthophonistes	1	Orthoptistes	2	-
17.1	Nombre de volets pertinence signés avec les établissements de santé dans le cadre des CAQES	200	25	250	140			Indicateur 17.2		
17.2	Taux d'établissements bénéficiant d'un intéressement (se substitue au 17.1 à compter de 2020)	-	-	-	-	0,4	40 %	0,4	48 %	0,4

18	Écart de la durée moyenne d'IJ entre les PS ayant utilisé/n'ayant pas utilisé l'AAT dématérialisé	<i>Projet d'indicateur uniquement</i>								
Fiche n° 6 Renforcer l'efficacité de la politique de contrôle et de lutte contre la fraude										
19	Montant des préjudices frauduleux et fautifs subis	200 M€	205,3 M€	201 M€	226,16 M€	202 M€ puis 115 avec subit + évités	127,7 M€ (subis + évités)	203 M€ puis 143M€	152,8 M€	203 M€
20	Montant des préjudices frauduleux et fautifs évités	50 M€	55,90 M€	54 M€	60,57 M€	58 M€ puis 115 avec subit + évités	127,7 M€ (subis + évités)	62 M€ puis 47 M€	66,5 M€	62 M€
21	Taux de recouvrement des indus frauduleux	+ 1 % /2017 54%	59,84%	+ 1 % /2018 55%	60%	+ 1 % /2019 61%	50,46%	+ 1,5 % /2020 62%	51%	+ 1,5% /2021
22	Taux de recouvrement des indus non frauduleux	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%
23	Taux de couverture des contrôles PUMa pour les bénéficiaires consommant	100 % bénéficiaires consommant (non vérifiés sur les 3 années précédentes)	99,96%	100,00%	99,93%	100,00%	99,87%	100,00%	ND	100,00%
24	Taux d'incidences financières des erreurs (TIF) taux de fiabilité PN en montant	1,34%	0,68%	1,27%	1,33%	1,19%	2,38%	1,12%	2,56%	1,04%
25	Taux d'incidences financières des erreurs (TIF) taux de fiabilité PE	2,83 % (IC ± 0,58)	3,87%	2,78 % (IC ± 0,58)	3,00%	2,69 % (IC ± 0,58)	1,45%	2,59 % (IC ± 0,58)	2,36%	2,46 % (IC ± 0,58)
26	Taux de qualité des dossiers en volume après paiement (IQV) : IFPN en volume	5,5 % (IC ± 1,55)	5,05%	5,2 % (IC ± 1,55)	7,45%	4,9 % (IC ± 1,55)	5,96%	4,6 % (IC ± 1,55)	7,74%	4,26 % (IC ± 1,55)
27	Taux de qualité des dossiers en volume après paiement (IQV) : IFPE en volume	9 % (IC ± 1,77)	12,03%	8,7 % (IC ± 1,77)	9,97%	8,4 % (IC ± 1,77)	8,09%	8,1 % (IC ± 1,77)	10,23%	7,7 % (IC ± 1,77)

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

28	Montants recouvrés au titre du recours contre tiers	1 035 273 559 €	922 000 000 €	1 085 479 263 €	924 000 000 €	1 141 849 402 €	742 000 000 €	1 205 284 299 €	Projection 880 000 000 €	1 276 817 950 €
----	---	-----------------	---------------	-----------------	---------------	-----------------	---------------	-----------------	--------------------------	-----------------

AXE 3 : RENDRE AUX USAGERS UN SERVICE MAINTENU À UN HAUT NIVEAU DE QUALITÉ

Fiche n° 7 S'engager sur la performance du service

29	Délai de remboursement des FSE assurés (9e décile)	7 J	6,37	7 J	6,4	7 J	6,4	7 J	6,3	7 J
30	Délai de paiement de la première indemnité journalière non subrogée (délai moyen)	28 J	30,33	28 J	30,04	27 J → Suspendu	30,7	26 J Puis 27J	31,2	25 J
31	Délai de traitement des demandes de CMU-C/ACS (9e décile)	33 J	29,33	32 J	29,4	31 J	27,5	30 J	23,1	29 J
32	Taux d'appels téléphoniques aboutis	90,00%	90,20%	90,00%	89,76%	90,00%	76,38%	90,00%	71,50%	90,00%
33	Taux de courriels traités dans le délai de 48 h	80,00%	69,79%	80,00%	65,04%	80,00%	69,70%	80,00%	71,10%	80,00%
34	Taux de satisfaction globale des assurés	93,00%	94,40%	93,00%	94,60%	93,00%	86,68%	93,00%	86,64%	93,00%
35	Taux de satisfaction des assurés par canal de contact (e-mail, téléphone, Internet, papier, physique)	80,00%	81,30%	80,50%	78,30%	81,00%	61,70%	81,50%	61,54%	82,00%
36	Taux de satisfaction sur la réitération	-	-	À déterminer 13,2%	15,00%	À déterminer	18,05%	À déterminer	16,22%	À déterminer
37	Taux de satisfaction globale des professionnels de santé	86,00%	90,20%	86,50%	91,03%	87,00%	92,55%	87,50%	85,20%	88,00%
38	Taux de satisfaction globale des employeurs	87,50%	86,80%	88,00%	87,56%	88,50%	88,38%	89,00%	88,08%	89,50%
39	Taux de réclamations traitées dans les délais (dix jours)	82,00%	86,05%	83,00%	87,97%	84,00%	96,65%	85,00%	97,07%	85,00%

Fiche n° 8 Simplifier les démarches des assurés

Fiche n° 9 Simplifier les conditions d'exercice des professionnels de santé

Fiche n° 10 Structurer une nouvelle offre de service pour les entreprises										
40	Nombre de PFS employeurs multicanal	-	-	-	-	6	0	9	0	13
AXE 4 : ACCOMPAGNER L'INNOVATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ										
Fiche n° 11 Étendre l'offre de service numérique de l'Assurance Maladie										
41.1	Taux d'utilisation d'un bouquet de téléservices assurés : Téléservices existants : relevé IJ	91,00%	93,73%	92,00%	92,87%	93,00%	90,22%	94,00%	96,57%	95,00%
41.2	Taux d'utilisation d'un bouquet de téléservices assurés : Téléservices existants : demande de carte Vitale	40,00%	44,73%	50,00%	58,40%	60,00%	65,65%	65,00%	78,00%	70,00%
41.3	Taux d'utilisation d'un bouquet de téléservices assurés : Téléservices existants : attestations de droits	70,00%	92,20%	74,00%	93,57%	77,00%	95,31%	80,00%	95,94%	83,00%
41.4	Taux d'utilisation d'un bouquet de téléservices assurés : Téléservices existants : déclaration nouveau-né	30,00%	36,52%	50,00%	44,50%	75,00%	53,82%	95,00%	72,33%	95,00%
41.5	Taux d'utilisation d'un bouquet de téléservices assurés : Nouveaux téléservices : déclaration trimestrielle sur l'honneur invalidité	-	-	25,00%	ND	50,00%	ND	75,00%	ND	80,00%
42.1	Taux d'utilisation d'un bouquet de téléservices PS : déclaration médecin traitant	83,00%	83,31%	87,00%	84,59%	91,00%	87,15%	95,00%	91,55%	95,00%
42.2	Taux d'utilisation d'un bouquet de téléservices PS : certificat médical AT/MP	17,00%	22,69%	21,00%	27,80%	26,00%	35,32%	30,00%	39,91%	35,00%
42.3	Taux d'utilisation d'un bouquet de téléservices PS : avis d'arrêt de travail	40,00%	38,18%	50,00%	45,05%	60,00%	53,79%	70,00%	58,77%	75,00%
42.4	Taux d'utilisation d'un bouquet de téléservices PS : protocole de soins électronique	60,00%	67,46%	66,00%	69,77%	73,00%	79,13%	80,00%	78,49%	83,00%

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

43	Taux d'utilisation d'un bouquet de téléservices employeurs : Taux d'utilisation de la déclaration d'accident du travail en mode EDI (EDAT) par les employeurs	73,00%	74,18%	75,00%	77,66%	77,00%	77,43%	79,00%	79,60%	ND
Fiche n° 12 S'appuyer sur le numérique pour améliorer la prise en charge des patients										
44	Nombre de DMP ouverts	3,5 millions	3 464 804	10 millions	8,5 millions	20 millions	9 727 479	30 millions	10 100 000	40 millions
45	Nombre de professionnels ayant recours à la e-prescription en établissement et en ville	-	-	5000	101	10000	148	20000	334	30000
Fiche n° 13 Rendre les systèmes d'information plus agiles et plus performants										
46	Taux de disponibilité des portails PS	99,50%	99,68%	99,55%	99,54%	99,60%	99,49%	99,64%	99,92%	99,67%
47	Taux de disponibilité des portails Assurés	99,00%	99,53%	99,05%	99,49%	99,10%	99,21%	99,20%	99,89%	99,25%
AXE 5 : RÉUSSIR L'INTÉGRATION D'AUTRES RÉGIMES EN GARANTISSANT UN FONCTIONNEMENT EFFICIENT DE LA BRANCHE										
Fiche n° 14 Conduire avec succès les opérations d'intégration et d'adossement des régimes partenaires										
48	Taux de réalisation d'un bilan RH personnalisé pour les personnels transférés	100,00%	99,00%	100,00%	99,36%	100,00%	90,00%	100,00%	76,00%	100,00%
49	Délai de traitement de la première IJ pour les indépendants (à fixer en 2019)	COG RSI	-	COG RSI	-	À déterminer	25,5j pour les IJ maladie 60j pour les IJ maternité	À déterminer	18j IJ maladie 40j IJ maternité	À déterminer
Fiche n° 15 Consolider la politique de gestion des ressources humaines										
50	Taux d'absentéisme pour maladie de courte durée inférieure à huit jours	1,12%	1,17%	1,10%	1,16%	1,08%	0,58%	1,05%	0,68%	1,02%
51	Taux de formation des agents	58,00%	69,89%	60,00%	74,80%	60,00%	72,29%	60,00%	88,52%	60,00%
52	Taux minimum du genre le moins représenté (taux de féminisation) aux postes de directeurs	37,00%	35,00%	40,00%	37,00%	43,00%	35,00%	46,00%	41,06%	50,00%
53	Évolution de la consommation d'énergie	-2,00%	NC	-2,00%	-6,03%	-2,00%	-2,78%	-2,00%	ND	-2,00%

Fiche n° 16 Renforcer les coopérations entre les organismes et entre les branches										
54	Taux de mutualisation des achats en intra et interbranches	43,00%	43,10%	43,00%	45,30%	44,00%	45,90%	45,00%	50,10%	46,00%
55	Ratio de surface utile par agent	12 m ²	12,79 m ²	12 m ²	12 m ²	12 m ²	12 m ²	12 m ²	ND	12 m ²
56	Amélioration de la productivité sur le processus « gestion des FSE »	+ 3% 532 510	601 734	+ 3% 548 485	672 359	+ 3% 564 940	689 122 en 2020 soit +2,49%	+ 3% 709 795	772 898	+ 3%
57	Amélioration de la productivité sur le processus « gestion des IJ »	+ 2,5% (11 011 en 2017) => 11 286	11 483	+ 2,5% 11 624	12 088	+ 5% 12 206	12 584 en 2020 soit +4,09%	+ 5% 13213	12 341	+ 5%
58	Coût de gestion par bénéficiaire consommant (Coût de gestion hors investissement/nombre de bénéficiaires consommant)	Diminution annuelle de 0,5 % en moyenne sur la période	-3,30%	-0,50%	-6%	-0,50%	1,90%	-0,50%	ND	-0,50%
Fiche n° 17 Renforcer la qualité et la performance des établissements du groupe UGECAM										
59	Augmentation du nombre de journées en hospitalisation de jour dans les SSR	+ 2 % /2017	+0,2%	+ 2 % /2018	+2,9%	+ 2 % /2019	-38,5%	+ 2 % /2020	+50,2%	+ 2 % /2021

ND : non disponible Source : Mission IGAS d'après les données CNAM et DSS

ANNEXE 2 : bilan des actions CNAM prévues dans la COG

[1] La mission a réalisé une analyse détaillée, fiche par fiche, de l'atteinte des objectifs et des indicateurs par la CNAM. Le tableau présenté ci-après synthétise les résultats (en vert : actions mises en œuvre; en orange : actions partiellement mises en œuvre ; en rouge : actions non mise en œuvre).

Tableau 1 : Bilan des actions CNAM prévues dans la COG 2018 – 2022

AXE 1 : RENFORCER L'ACCESSIBILITÉ TERRITORIALE ET FINANCIÈRE DU SYSTÈME DE SOINS

1. Comprendre et réduire le renoncement en accompagnant les assurés dans leur accès aux soins

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	Évaluation de l'engagement	Niveau d'atteinte	Principales actions mises en place
1	<i>Se doter d'une mission nationale sur l'accessibilité</i>	1.1	Formaliser le cadrage de la mission nationale	Lettre de mission de la cellule nationale sur l'accessibilité		Création d'une mission puis département d'accès aux droits et aux soins, au sein de la nouvelle Direction des interventions sociales et de l'accès aux soins (DISAS) en 2018 ; formalisation en juillet 2020 d'une stratégie transversale d'accès aux droits et aux soins.
2	<i>Développer les dispositifs permettant l'ouverture des droits</i>	2.1	Envisager une simplification des procédures de renouvellement de la CMU-C, en particulier pour les bénéficiaires du RSA	Validation des propositions d'évolution du dispositif de renouvellement de la CMU-C		Procédure de renouvellement de la CMU-C/C2S simplifiée en 2019 pour les allocataires du RSA et allègements des pièces requises pour tous les bénéficiaires en 2022 Accès automatique à la C2S pour les allocataires du RSA et présomption d'éligibilité pour les bénéficiaires de l'ASPA en 2022
		2.2	Equilibrer les contrôles des conditions d'attribution au travers d'un plan de contrôle a priori et a posteriori	Diffusion du plan de contrôle		Mise en place d'un plan de contrôle des conditions d'attribution de la C2S pour 2019/20 et 2020/21, reposant sur l'échange de données avec les partenaires (CNAV, Pole emploi, CNAF, DGFIP, ministère de l'intérieur ...); 241 000 fermetures de droits lors du dernier plan de contrôle. Ciblés sur non consommateurs et titres de séjour. Même méthodologie pour plan de contrôle PUMA
		2.3	Mettre en place un téléservice de demande de CMU-C et d'ACS (grâce notamment à la réduction du nombre de pièces demandées)	Déploiement du service		Mise en place du TLS de demande de la CMU-C puis ACS à compter de décembre 2018, articulation du TLS au Dispositif de ressources

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

						mensuel (DRM) à compter de 2022 pour télécharger les ressources
		2.4	Poursuivre les actions de communication sur la CMU-C et l'ACS	Plan de communication annuel		Campagnes nationales de communication (média et Osmose pour envoi SMS) en 2019 et 2021 mais pas en 2020 du fait de la crise sanitaire ; production de supports nationaux pour faciliter les actions populationnelles et partenariales conduites localement par les CPAM ; capitalisation en cours des actions locales ayant le meilleur retour sur investissement.
		2.5	Intégrer dans les courriers de bienvenue au moment de l'autonomisation des jeunes assurés, des informations sur leurs droits en matière de couvertures obligatoire et complémentaire (PUMa, CMU-C, ACS)	Diffusion des courriers enrichis d'informations sur l'assurance maladie obligatoire (AMO) et sur l'assurance maladie complémentaire (AMC)		Création d'une boîte à outils « autonomisation des jeunes » ciblée sur les jeunes de 18 ans, à destination des CPAM et de leurs partenaires. Mise en place en 2022 d'une offre d'accompagnement Santé pour les jeunes socialement fragiles en remplacement du « Parcours santé jeunes »
		2.6	Diminuer les sollicitations des assurés dans le cadre des mutations	Déployer les prochains paliers d'Optima pour automatiser les mutations		Gestion automatique des mutations à compter de février 2019
3	Renforcer les accompagnements individualisés des usagers	3.1	Renouveler les Planir autour d'actions prioritaires : Planir digital (accompagnement numérique), réduction de la répétition des contacts (volet incompréhensions), gestion attentionnée des créances	Diffusion au réseau des nouvelles actions labellisées		Mise en place d'un plan « inclusion numérique » à compter de 2020. Intégration dans les compétences des Missions accompagnement santé (MAS) créées en 2020 de l'accompagnement des situations de fragilité face au numérique. Mise en place en 2019 d'un Planir « droit à l'erreur » (dont volet incompréhensions et gestion attentionnée des créances)
		3.2	Piloter la progression des accompagnements Pfidass	Tableau de bord de suivi des accompagnements créés et abouti		Tableau de bord mis en place avec indicateur CPG ; ajustement de l'indicateur pour suivre l'activité des MAS sur un périmètre de mission élargi ; objectifs en nombre de suivi non atteints

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

		3.3	Diversifier les sources de détection du renoncement en s'appuyant notamment sur les partenaires	Proposer la signature de conventions de partenariats au niveau national		Une douzaine de conventions nationales signées, à décliner par chaque CPAM avec ses partenaires locaux animation
4	Prévenir la désinsertion professionnelle	4.1	Développer les accompagnements en partenariat avec les différents acteurs	Suivi du nombre d'accompagnements mis en place		Mise en place en 2021 de plateformes expérimentales de PDP dans 14 départements et d'un groupe de travail national avec des acteurs de l'emploi, insertion et handicap. Renforcement des liens avec les services de santé au travail.
5	Mobiliser le service social	5.1	Concentrer les interventions du service social autour de 5 missions prioritaires	Suivi annuel de l'activité du service social		Repositionnement sur 4 missions réalisé à travers des lettres réseau successives depuis 2020 et instauration d'une revue de performance à compter de 2021 Activité en baisse, en partie en lien avec la crise mais la baisse du nombre de personnes accompagnées va de pair avec la croissance du nombre d'assurés reçus au moins 3 fois (réorientation vers des situations plus complexes). Croissance du nombre d'accompagnements au titre de la PDP réalisés par le service social (+ 13 % entre 2018 et 21) % ; la PDP concerne 51 % du total des entretiens réalisés par le service social (41 % en 2018).

2. Lutter contre les inégalités sociales d'accès aux soins

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	Évaluation de l'engagement	Niveau d'atteinte	Principales actions mises en place
1	Accompagner la mise en œuvre des dispositifs visant à réduire fortement les restes à charge subis par les assurés dans les domaines des soins dentaires, de l'audioprothèse et de l'optique	1.1	Négocier la convention dentaire	Conclusion de la convention		Convention signée en 2018
		1.2	Mettre en œuvre la convention dentaire / règlement arbitral	Évolution des tarifs		Mise en place du 100 % santé pour les prothèses dentaires, les équipements auditifs et l'optique entre 2019 et 2021
2	Renforcer la lutte contre les dépassements d'honoraires	2.1	Promouvoir les contrats de maîtrise des dépassements d'honoraires Optam et Optam-CO	Nombre de contrats signés		Après une hausse en 2018, stabilisation entre 51 et 52 % du taux de médecins adhérents à OPTAM et OPTAM –CO par rapport aux médecins éligibles peut-être du fait de la crise ; fortes disparités départementales et par spécialités.
				Évolution du taux de dépassement d'honoraires pour les signataires des contrats Optam et Optam-CO		Taux de dépassement moyen des adhérents à OPTAM et OPTAM CO en 2020 était de 26,7 % contre 46,5 % pour l'ensemble des médecins secteur 2 et 1 DP
		2.2	Appliquer les procédures de sanctions pour pratiques tarifaires excessives (PTE)	Nombre de procédures pour PTE		Perturbation par la crise sanitaire des campagnes de contrôles des pratiques tarifaires : lancement décalé de 2020 à 2021 pour la période 2021/23. Lenteur des procédures et faible nombre de sanctions conventionnelles ; 129 médecins concernés à ce stade.
3	Poursuivre le déploiement du tiers payant	3.1	Poursuivre le déploiement d'ADRI	Pourcentage de logiciels FSE utilisés par les différentes catégories de professionnels de santé intégrant ADRI		209 logiciels de facturation sur 277 intègrent la fonctionnalité Adri, qui équipent 96 % des professionnels de santé libéraux ; 87 % ont utilisé la fonctionnalité un mois donné.
		3.2	Étendre à de nouvelles professions de santé le service téléphonique dédié au tiers payant	Catégories de professions de santé bénéficiant du service téléphonique dédié au tiers payant		Déploiement de 12 plateformes médico-administratives et du n° 3608 accessible à tous les professionnels de santé ; appels liés au tiers

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

						payant pris en charge en niveau 1 dans ce cadre.
		3.3	Amplifier la coordination avec les organismes complémentaires	Mise en place et animation quadrimestrielle d'un comité de coordination AMO/AMC de la généralisation du tiers payant		Réunion bimestrielle pour suivre le tiers payant et la mise en place du 100 % santé ; échanges techniques plus que stratégiques

3. Lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins et favoriser un exercice coordonné des pratiques

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	Évaluation de l'engagement	Niveau d'atteinte	Principales actions mises en place
1	Favoriser l'installation des professionnels de santé, notamment dans les zones sous-denses	1.1	Contribuer à une meilleure régulation de l'installation des professionnels de santé	Nombre de contrats d'aide à l'installation des médecins (Caim) et de contrats de solidarité territoriale médecins (CSTM) signés		Résultats dépassés pour les CAIM (1999 en 2021 pour une cible de 1596 en 2021 et 1746 en 2022) Cible non atteinte pour les CSTM : 120 en 2021 pour une cible de 250.
				Application des mesures de régulation démographique pour les infirmières, sages-femmes, masseurs-kinés.		Nouvelle méthodologie de zonage signée en 2017 pour les masseurs kinésithérapeutes et les orthophonistes, en 2018 pour les sages-femmes, en 2019 avec de nouveaux contrats démographiques ; renouvellement pour les sages-femmes et infirmiers du dispositif de régulation du conventionnement en zones surdotées et extension du dispositif aux MK.
		1.2	Simplifier l'installation	Élargissement des parcours installations et actualisation de ceux existants (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmières, sages-femmes)		Première version du parcours mise en place en 2016 pour les médecins, étendue aux masseurs kinésithérapeutes en 2018 et aux infirmiers en 2019
2	Contribuer au développement de l'exercice pluriprofessionnel ou regroupé	2.1	Accompagner les professionnels dans la constitution de la structure avec une offre de service complète en lien avec les ARS	Réalisation des études préalables sur la base d'analyses médico-économiques		Etudes sur s'exercice coordonnée dans le rapport Charges et produits 2022 Développement de RIZOME CPTS et RIZOME MS qui facilitent l'accès à des données de santé pour réaliser des études de patientèle et faire des diagnostics territoriaux
				Proposition d'une ingénierie de projet pour la création de maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP) ou CPTS		Mise en place du dispositif d'« accélérateur » pour la création des CPTS prévu dans l'avenant2 de l'ACI conclu en décembre 2021. Pas encore de transposition aux MSP.
				Accompagnement des acteurs sur les questions d'équipement informatique		Non mis en place

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

				Promotion de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) (MSP) et la rémunération associée		Fait par les DAM et les ROC
		2.2	Accompagner de manière attentionnée les structures créées	Amplification du rôle du référent MSP en collaboration avec les autres ressources de la caisse : DAM, conseiller informatique service (CIS), service médical, prévention		Déploiement dans les CPAM et DRSM des Référents d'organisations coordonnées (ROC)
		2.3	Promouvoir l'exercice pluri-professionnel ou regroupé le plus tôt possible, au moment opportun, auprès des étudiants (ARS/Assurance Maladie)	Développement de l'information pendant les études de médecins et de l'ensemble des professions de santé, en incitant à la réalisation de stages au sein des MSP, en expérimentant des aides aux stagiaires		Non mis en place de façon généralisée
3	Améliorer la coordination des soins	3.1	Accompagner les sorties précoces dans le cadre du Prado maternité	Suivi du nombre d'adhérents Prado sorties précoces		Redéploiement vers le contact tracing des conseillers mobilisés sur Prado ; passage de 126 000 adhésions en 2019 à 96 500 en 2020 et 68 000 en 2021
		3.2	Poursuivre le déploiement du Prado chirurgie, insuffisance cardiaque et BPCO	Suivi mensuel des adhésions et analyse annuelle de la consommation de soins des patients adhérant à Prado, au regard des recommandations le cas échéant		Près de 76 000 adhésions en 2021, plus qu'en 2020 (64 600) mais moins qu'en 2019 (106 000)
		3.3	Procéder à l'évaluation des programmes PRADO	Évaluations externes des programmes généralisés (sous réserve d'un nombre d'adhésions significatif) : Chirurgie et IC, BPCO, Maternités sorties précoces		Evaluation externe des volets chirurgie et insuffisance cardiaque en 2020, maternité et BPCO en 2022 ; évaluation de Prado personnes âgées et AVC prévue pour 2023
		3.4	Généraliser, après expérimentations, le Prado personnes âgées et le Prado AVC	Évaluations des expérimentations		Progression du nombre d'adhésions : 4600 en
		3.5	Élaborer et expérimenter le Prado post-soins de suite et de réadaptation (SSR) et un Prado cancer	Expérimentation Prado SSR et cancer		Mise en place d'un Prado SSR en lien avec le COVID lancée en 2020 avec 6800 adhésions en 2021 ; pas d'engagement du Prado cancer

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

4	Déployer la télémedecine	4.1	Engager des négociations conventionnelles avec les médecins puis d'autres professions de santé pour faire basculer la télémedecine dans le droit commun de la facturation des actes	Signature d'accords conventionnels sur la télémedecine avec d'autres professionnels de santé		
		4.2	Mettre en œuvre les textes négociés	Proposition d'actes et évolution des tarifs		

AXE 2 : CONTRIBUER À LA TRANSFORMATION ET À L'EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

4. Faire de la prévention un axe prioritaire de la gestion du risque

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	Évaluation de l'engagement	Niveau d'atteinte	Principales actions mises en place
1	Lutter contre le tabagisme et les pratiques addictives	1.1	Poursuivre et renforcer le programme de lutte contre le tabagisme	Production d'un bilan annuel de la consommation de substituts nicotiques		<i>Depuis la mise en place de ce remboursement, une hausse très importante du recours aux TNS a été observée et le nombre de bénéficiaires de TNS a aussi largement augmenté. En 2019, année de suppression du forfait, le nombre de bénéficiaires du remboursement des TNS a augmenté de 52% par rapport à 2018. Depuis 2020, sans doute en partie en lien avec la crise sanitaire, ce taux de bénéficiaires tend à baisser légèrement. L'offre de TNS remboursables se restreint sensiblement depuis la même période, ce qui empêche certains bénéficiaires, en particulier la population précaire d'y accéder en l'absence parfois de certaines formes de TNS remboursables qui leur conviennent.</i>
				Production d'un bilan annuel de l'appel à projet « Moi(s) sans tabac »		Intégré au bilan du FLCA.
				Production d'un bilan annuel des actions financées par le Fonds		<i>Production du bilan annuel du Fonds de lutte contre les addictions (FLCA).</i>
2	Renforcer la protection vaccinale de la population	2.1	Promouvoir la vaccination par des actions ciblées vers les assurés et les professionnels de santé	Taux de participation vaccination antigrippale Rosp		8 870 096 assurés ont été vaccinés (France entière) lors de la campagne 2020-21, contre 7 035 307 lors de la campagne précédente. Taux de couverture France entière : 54,8 % en 2020-21 vs 48% en 2019-2020 Afin de simplifier le parcours vaccinal, l'assurance maladie a notamment généralisé la capacité donnée aux infirmières et pharmaciens

						de vacciner toutes les personnes majeures ciblées par les recommandations.
3	Porter une attention particulière aux jeunes et aux enfants	2.2 (erreur cog)	Déployer des actions à destination des enfants	Augmentation du nombre de déclarations de médecins traitants de l'enfant (indicateur Rosp)		<i>Le nombre d'enfants de moins de 16 ans ayant un médecin traitant est passé de 2 199 978 début 2018 à 6 783 356 enfants fin 2021.</i>
				Mise en œuvre et évaluation médicale des actions de prévention buccodentaire en classes de CP en zones défavorisées		<i>Des actions spécifiques pour la prévention buccodentaire ont été lancées en classe de CP, dans les zones défavorisées, sous la forme de séances de sensibilisation générale, de dépistage individuel et d'accompagnement personnalisé.</i>
				Évaluation de l'expérimentation de prévention du risque d'obésité infantile		le dispositif « Mission : retrouve ton cap » (MRTC), expérimenté entre janvier 2018 et décembre 2021 dans trois territoires a été généralisé par la LFSS pour 2022. Les résultats d'évaluation de cette expérimentation montrent que le dispositif a par exemple permis d'améliorer au moins une habitude alimentaire chez 82 % des enfants.
				Mise en œuvre de ces priorités : parcours maternité et naissance, prévention de l'obésité, prévention buccodentaire, vaccinations, réduction du tabagisme dans l'entourage (tabagisme passif)...		Mise à jour guide maternité/petite enfance, mise en œuvre campagne DAM sages-femmes centrée sur addictions, évaluation expérimentation prévention obésité dans une perspective de généralisation qui a été actée par comité stratégique art 51, extension M'T dents aux 3 ans Les projets liés au fonds de lutte contre les addictions, à la stratégie santé jeunes, au parcours maternité-petite enfance dans le cadre du plan 1000 premiers jours se sont poursuivis.
		2.3 (erreur COG)	Déployer des actions à destination des jeunes de 16 à 25 ans	Bilan annuel de la diffusion de l'e-news jeunes (information aux jeunes sur leurs droits et les		La diffusion des Enews jeunes a été légèrement perturbée en 2021 (surcharge d'envois d'emails du fait de la crise), et refonte des Enews en fonction de l'âge.

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

				offres de prévention et sur le bon usage du système de santé)		Chaque jeune de 18 à 25 ans qui a inscrit son adresse email dans son compte ameli a par exemple reçu le 13 octobre 2021 un emailing Mes tips santé adapté à son âge.
				Signature d'un partenariat avec l'Éducation nationale, dans les CES avec les consultations jeunes consommateurs les missions locales, etc. et en offrant un accompagnement attentionné		Partenariat signé en 2019 avec l'Education nationale, en 2022 avec les acteurs de l'enseignement supérieur.
4	Contribuer au dépistage des cancers	4.1.	Prendre en charge les invitations aux dépistages organisés du cancer en interrégimes	Expérimentation Généralisation		<i>Projet dépriorisé en lien avec la régionalisation des structures de gestion.</i>
				Promotion de la participation aux trois dépistages organisés par des actions ciblées et partenariales		Mise à disposition de campagnes pour les CPAM, relais sur les canaux de communications de l'Assurance Maladie des campagnes INca et financement d'actions locales sur FNPEIS. La participation aux dépistages organisés des cancers a subi un infléchissement pendant la crise sanitaire. L'Assurance maladie a répondu à ce déficit de participation par la mise en place d'un plan d'action d'incitation via des campagnes d'emailing à destination des personnes éligibles et non participantes. Afin d'accroître le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal, des modalités nouvelles de remise du kit ont été mises en place (élargissement à des spécialistes en 2018 puis aux pharmaciens en 2022, lancement du site de commande en ligne en mars 2022).
5	Renforcer les actions de prévention à destination des	5.1	Proposer aux patients des actions plus ciblées en fonction des pathologies	Taux des adhérents au service coaching santé active ayant suivi l'intégralité du programme		En 2022, 847 000 patients diabétiques et 116 200 patients asthmatiques sont adhérents au service Sophia. Le taux d'adhésion au service est stable.

	personnes diabétiques, asthmatiques et insuffisantes cardiaques		et des facteurs de risque en utilisant le service sophia			<p>La part des personnes inscrites au service qui adhèrent à leur traitement connaît, elle, une progression annuelle de 4%.</p> <p>En 2022, la CNAM renforce la personnalisation de l'accompagnement au travers de parcours thématiques répondant aux besoins de l'adhérent. Pour les adhérents diabétiques, un accompagnement spécifique à la complication Insuffisance Cardiaque est en cours de développement.</p>
6	Améliorer la prise en charge de la santé mentale	6.1	Mettre en œuvre une expérimentation de prise en charge coordonnée	Evaluation de l'expérimentation		<p><i>Une expérimentation de prise en charge de l'accompagnement psychologique en ville, pour les patients de 18 à 60 ans souffrant de troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée, a été mise en place en mars 2018 dans quatre départements. Cette expérimentation, concluante, a conduit à sa généralisation en avril 2022 à l'ensemble des patients sous la forme du dispositif « MonPsy ».</i></p>
7	Mobiliser les CES	7.1	Conforter la capacité des CES à améliorer l'accès aux soins des publics précaires. Contribuer aux études de santé publique, en particulier, le suivi de la cohorte Constances sera poursuivi	Évaluation annuelle du pourcentage de publics précaires accueillis dans les CES Atteinte des objectifs de la cohorte (200 000 inclusions)		<p>Les CES ont été très mobilisés dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire, et ont dû réduire significativement leur activité.</p> <p><i>Leur contribution à la cohorte Constances à fin 2021, correspond à plus de 107 000 consultants.</i></p>

5. Renforcer la qualité et la pertinence des parcours de soins et moderniser les outils de la gestion du risque

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	Évaluation de l'engagement	Niveau d'atteinte	Principales actions mises en place
1	Contribuer au développement de recherches portant sur le système de santé	1.1.	Réaliser et publier des études portant sur les services de santé, la qualité et la sécurité des soins	Études publiées portant sur les services de santé, la qualité et la sécurité des soins		multiples études Epiphare sur l'efficacité vaccinale anti-Covid, sur la vaccination des femmes enceintes, sur les risques associés à la consommation de progestatifs etc.
		1.2	Réaliser ou faire réaliser des études évaluatives nécessaires à l'amélioration des services proposés par l'Assurance Maladie	Taux de participation vaccination antigrippale Rosp		<i>Pas d'actions probantes menées</i>
		1.3.	Développer les partenariats de recherche	Partenariats conclus		<i>Pas de nouveaux partenariats conclus suite à la fin du partenariat avec l'Ecole Polytechnique (2014-2020), mais des contacts ont été pris avec le CREST et l'ENSAE pour nouer un partenariat de recherche dans le cadre d'un projet qui a reçu une autorisation CNIL en 2021.</i>
		1.4	Développer un système d'information sur le premier recours (observatoire de la médecine générale)	Nombre de médecins généralistes inclus dans le dispositif		<i>L'observatoire n'a pas été mis en place. Désormais, la CNAM soutient un projet porté par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) consistant en la création d'une source régulière de données sur la médecine générale, plus complètes et plus médicalisées sur les soins prodigués par les généralistes, alimentée par un échantillon de médecins volontaires, qui aura vocation à s'accroître au cours du temps.</i>
2	Développer les usages des données de santé	2.1.	Enrichir les systèmes d'observation en veillant aux enjeux de sécurité et en optimisant la documentation sur les données	Enrichir les données dans les domaines social, médico-social et plus largement les champs non couverts : invalidité, situation sociale, résultats cliniques, politique de la ville		Les SI ont été enrichis avec un référentiel des bénéficiaires de soins en ESMS pour le SNDS : il recense le bénéficiaire, la date de séjour, le type d'établissement et de prise en charge et est mis à jour mensuellement. Poursuite du

					projet d'intégration du SI MDPH dans le SNDS qui aboutira en 2023. <i>Lancement d'un projet de datalake rassemblant toutes les données produites par les différents SI de l'AM concernant les indemnités journalières et les prestations d'invalidité.</i>
				Contribuer au pilotage de la politique d'audit et de contrôle du SNDS	La CNAM est responsable du traitement du SNDS.
	2.2.	Développer les appariements	Enquêtes, échantillon démographique permanent de l'Insee « EDP Santé », échantillon personnes âgées bénéficiaires prestation de soutien à l'autonomie ou l'hébergement « panel Eneas »		Si jusqu'en 2019, seulement 15% des projets reposaient sur appariement entre des données SNDS et d'autres sources de données, 30 % des projets autorisés à la CNIL en 2021 nécessitaient la mise en oeuvre d'un tel appariement. En 2021, les services de la Cnam ont mis à disposition des jeux de données pour une centaine de nouveaux projets de recherche, à l'issue de travaux de ciblage, d'appariements et d'extractions.
	2.3.	Investir dans les méthodes d'utilisation des données (big data, datavisualisation...)	Acquisition et utilisation de nouvelles méthodes d'utilisation des données		Plateforme de datavisualisation sur la vaccination (data-vaccin Covid) + lancement d'un projet de datavisualisation de la cartographie des pathologies (ouverture juin 2022).
	2.4	Développer les systèmes d'information relatifs aux produits de santé pour renforcer la maîtrise des dépenses dans ce domaine	Mettre à disposition les systèmes d'information dans les conditions définies par la LFSS 2018 (article L.162-17-3-1)		La refonte du SI CEPS par la CNAM a été reportée. Le projet devrait démarrer fin 2022, pour aboutir en 2025.
3	Contribuer à la mise en place et au fonctionnement du fonds d'innovation	3.1.	Participer à la gouvernance du fonds d'innovation	Assistance auprès de la rapporteure générale et du comité technique	En 2021 52,7 M€ ont été versés soit au titre des crédits d'amorçage et d'ingénierie, soit des prestations dérogatoires des projets article 51.. La CNAM participe aux instances, CTIS et conseil stratégique, à la gestion et au suivi du fonds.

		3.2.	Contribuer à l'émergence d'innovations et à leur déploiement	Nombre de projets autorisés		121 projets sont autorisés à fin mai 2022. Le mode principal testé est celui de l'épisode de soins. Un projet sur deux cible une pathologie chronique. 80 % des projets portent sur des prises en charge de ville.
		3.3.	Contribuer à l'évaluation des innovations dans toutes leurs dimensions médicales, économiques, organisationnelles	Nombre de projets faisant l'objet d'une évaluation		Un accord-cadre sur l'évaluation mis en place. 106 projets ont un évaluateur identifié, 4 premiers rapports intermédiaires livrés en 2021 + un rapport final (MRTC) <i>Plus de 50 rapports intermédiaires sont attendus en 2022 et 2 rapports finaux ont été rendus en mai 2022.</i>
4	Optimiser les leviers et les outils de la gestion du risque vers les professionnels de santé	4.1.	Développer de nouvelles méthodes d'accompagnement des professionnels de santé	Nombre de Plans personnalisés d'accompagnement (PPA)		<i>2 888 visites ont eu lieu en lien avec le PPA pour l'année 2020. La campagne de bilan était en cours en mars 2020 avant d'être stoppée par la crise. Suite aux enseignements de ce bilan, le PPA a fait l'objet d'une évolution proposée dans le cadre de la rénovation de la gestion du risque en 2021 pour une mise en œuvre prévue fin 2022.</i>
				Valorisation et modernisation des profils individualisés, supports et aides		Outil de datavisualisation développé pour permettre aux professionnels de santé de mieux se benchmarker par rapport à leurs pairs.
				Contribution à la diffusion d'outils d'aide à la décision		Le programme Rénov'GDR, lancé en 2021 et pleinement opérationnel en 2022, prévoit une palette rénovée d'outils d'aide à la décision.
				Promotion des bonnes pratiques et suivi adapté des patients en s'appuyant sur la coordination et l'exercice coordonné des professionnels de santé		Rénov'GDR propose des outils au réseau pour mettre en œuvre cette action.
5	Développer les actions de gestion du risque vers les établissements	5.1.	Déployer de nouvelles actions de maîtrise médicalisée en renforçant	Formation du réseau à la démarche de contractualisation en vue de la promotion du Caqes		Le réseau a bien été formé.

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

		la contractualisation avec les offreurs de soins	Déploiement des volets Prescriptions hospitalières exécutées en ville (Phev), transports et pertinence des Caqes		Des indicateurs Caqès nationaux ont été expérimentés dès 2021 sur ces thématiques et le nouveau Caqès a été lancé en avril 2022 avec 7 indicateurs portant sur les PHEV des produits de santé (IPP, statines, perfusion à domicile, pansements), sur l'organisation des soins avec les transports et les sujets pertinence (IC et réalisation d'examens pré-anesthésiques).
			Participation au développement des nouvelles modalités d'intéressement dans le cadre du Caqes		Principal concepteur et contributeur.
	5.2.	Adoption d'un plan national pluriannuel d'amélioration de la pertinence en partenariat avec la HAS/Atih /DGOS sur le recours aux urgences, les épisodes de soins et les parcours de soins	Partenariat avec des sociétés savantes pour un accompagnement personnalisé en vue de l'évolution de pratiques Expérimentation de plan personnalisé pertinence avec les centres hospitaliers universitaires (CHU)		Les travaux partenariaux prévus sur la mise en place d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur 14 parcours restent très largement inaboutis.
	5.3	Développer des outils prédictifs de recours aux urgences, des outils de suivi de parcours pour des pathologies traceuses	Développement d'outils prédictifs de recours aux urgences et de suivi de parcours pour des pathologies traceuses, analyse des motifs et des multirequérants		Travaux engagés en 2021 dans le cadre de la rénovation de la gestion du risque
	5.4	Faciliter l'intégration des outils d'aide à la décision en adoptant une stratégie numérique et un modèle économique viable	Définition des modalités d'usage des outils et de leur financement		Travaux engagés en 2021 dans le cadre de la rénovation de la gestion du risque
	5.5.	Accompagner les ESMS pour diffuser les informations relatives au périmètre tarifaire des structures	Diffusion d'information sur les règles de facturation (transport, orthophonie...)		Le processus de concertation a été relancé à l'été 2021 avec les services du ministère, la CNSA et la CCMSA. La DGCS et la CNSA ont fourni des propositions complémentaires pour la mise à jour des fiches déjà en lignes depuis 2018 ainsi que sur de nouvelles fiches. Certaines fiches sont encore en cours de concertation.

6	Proposer un accompagnement aux entreprises présentant un niveau d'absentéisme maladie atypique	6.1	Élaborer une méthode de ciblage des entreprises atypiques en matière d'absentéisme	Mise à disposition des organismes d'une méthode de ciblage des entreprises atypiques sur les motifs identifiés (lombalgies/troubles psychosociaux et troubles musculo-squelettiques [TPS/TMS])		La crise sanitaire et le nombre d'arrêts dérogatoires n'ont pas permis de mettre en œuvre cette méthode.
		6.2.	Accompagnement des entreprises présentant le plus fort niveau d'absentéisme et évaluation des résultats	Nombre d'entreprises accompagnées Evolution du nombre d'arrêts dans les entreprises accompagnées		<i>La crise sanitaire et le nombre d'arrêts dérogatoires n'ont pas permis de mener à bien cet engagement.</i>

6. Renforcer l'efficacité de la politique de contrôle et de lutte contre la fraude

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	Évaluation de l'engagement	Niveau d'atteinte	Principales actions mises en place
1	Elaborer une stratégie globale de contrôle	1.1	Élaborer un prototype de plan de contrôle sur une catégorie de professionnels de santé et sur une catégorie de frais de santé	Plan de contrôle sur une catégorie de professionnels de santé et sur une prestation en espèces		Après une première mise en œuvre sur le contrôle des infirmiers et des IJ, la réflexion sur la stratégie globale de contrôle s'est poursuivie et la CNAM a élaboré une stratégie pluriannuelle de contrôle en 2019.
		1.2	Généraliser la démarche de plan de contrôle sur les principales catégories de professionnels de santé et de prestations en espèces	Plans rédigés		La stratégie annuelle a été déclinée en plans de contrôle thématiques.
		1.3	Élaborer une méthode de mesure du risque financier et un tableau de bord type au plan local	Tableau type avec explications méthodologiques		Des expérimentations ont été menées.
		1.4	Finaliser le déploiement des contrôles issus de la PUMa	Mise en oeuvre du plan de contrôle		Le plan de contrôle contentieux sur la résidence des bénéficiaires a été déployé.
	Renforcer l'efficacité de la lutte contre la fraude	2.1	Élaborer une note de cadrage de la stratégie des programmes nationaux	Production de la note de cadrage de la stratégie des programmes nationaux		La note de cadrage a été élaborée en 2018 en prenant en compte la nouvelle stratégie dans chaque plan annuel national LCF (Plan de contrôle annuel LR-DACCRF-4/2019).
		2.2	Élaborer un référentiel national de processus (RNP) sur la LCF	Production du RNP sur la LCF		Le RNP a été expérimenté en 2019 et rendu opposable en 2021.
		2.3	Etablir une cartographie des risques incluant la réalisation d'un RNP fraudes	Production de la cartographie des risques		Depuis 2018, huit cartographies des risques par type de prestations ou de professions ont été mises à disposition des caisses locales.
		2.4	Elargir le périmètre d'investigation (nouveaux programmes basés sur outils et méthodes existants, innovations et expérimentations basées sur de nouveaux outils ou méthodes)	Nouveaux programmes basés sur des outils existants		Dans le cadre du programme CMUC, expérimentation en 2018 d'un ciblage des dossiers basés sur les résultats d'un modèle de datamining élaboré en 2017.
Expérimentations datamining				La CNAM a développé depuis le début de la COG des travaux de détection de la fraude sur la base de méthodes de « datamining » dites raisonnées, puis de datamining supervisées. Cette méthode a été utilisée à ce stade dans le cadre du programme de contrôle-contentieux CMU-C.		
			Expérimentations Big data		Développement de travaux concernant les prestations en nature dans le cadre d'un partenariat avec l'Ecole	

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

						Polytechnique. Le projet, ciblé sur les médicaments, vise à mieux identifier les mésusages et les fraudes par la mise en place de procédures automatisées permettant de balayer en continu la base de données du SNIIRAM pour identifier les situations suspectes.
		2.5	Favoriser la prévention de la fraude en renforçant la communication externe	Production d'un bilan L114-9 adapté aux standards actuels de la communication externe		Bilan annuel diffusé sous un nouveau format.
		2.6	Déployer chaque année deux programmes contentieux à visée dissuasive	Deux programmes nationaux à visée dissuasive déployés dans l'année		Les programmes ont été déployés, par exemple : centres de santé dentaires récemment ouverts ou déjà contrôlés avec griefs graves, transporteurs sanitaires, extension du programme national de contrôle contentieux C2S à la C2S avec participation.
		2.7	Renforcer les relations avec les services police/justice et Codaf	Mise en place d'une task force sur les dossiers complexes		Une dizaine de task forces nationales (TFN) ont été déployées depuis 2018 sur différentes thématiques telles que les patients pris en charge en oncologie, la dialyse rénale, les soins à domicile de patients en fin de vie, les soins infirmiers et les centres de santé (ophtalmologiques et dentaires).
		2.8	Diffuser au réseau les bonnes pratiques en matière de gestion des actions contentieuses	Diffusion d'instructions aux réseaux		Instructions intégrées aux lettres réseau relatives aux plans de contrôle.
3	Optimiser le recours contre tiers	3.1	Renforcer les actions de professionnalisation	Nombre de personnes formées dans le réseau		331 personnes formées en RCT en 2018
		3.2	Renégocier le protocole relatif aux accidents de la route	Nouvelle version du protocole		Une note conjointe DREGL/CCMSA fixant les axes de la renégociation du protocole, a été élaborée. Des travaux préalables (notamment sur le volet statistiques) ont été conduits avec la CCMSA à partir de septembre 2019.

AXE 3 : RENDRE AUX USAGERS UN SERVICE MAINTENU À UN HAUT NIVEAU DE QUALITÉ

7. S'engager sur la performance du service

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	Évaluation de l'engagement	Niveau d'atteinte	Actions menées et réalisations probantes
1	Délivrer, pour tous les publics, un service rapide et fiable sur l'ensemble des dimensions du service de base	1.1	Optimiser les processus de délivrance du service pour améliorer la performance	Respect des objectifs touchant à la performance du service		Engagement très partiellement tenu, à la fois sur les délais de traitement (la cible n'est pas atteinte pour le délai de traitement des IJ et le taux de réponse aux e-mails dans les 48 h), les appels téléphoniques et en conséquence les taux de satisfaction des usagers. La situation s'est dégradée pendant la crise malgré le déploiement de renforts (comité d'alerte, PHARE, accompagnement des caisses les plus en difficulté) et le développement de la synergie entre le front et le back-office en vue de l'amélioration du service global au client. Voir annexe IJ et mutualisation.
lg	Renforcer la satisfaction de l'utilisateur	2.1	Mesurer la satisfaction des publics	Participer à la convergence méthodologique interbranches des enquêtes		Les travaux visant à établir une convergence méthodologique en interbranche des enquêtes de satisfaction n'ont pas été initiés. La CNAM a participé aux travaux menés par la DITP (Loi Essoc, transparence...).
		2.2	Analyser les motifs de réclamation pour identifier les irritants et les réduire	Diffusion d'un bilan annuel d'analyse des réclamations assorti de recommandations		Le bilan annuel des réclamations et de leurs itérations, associé à une cartographie, a été élaboré en début de COG. Des focus ont été faits sur certains motifs de réclamations comme les IJ pour alimenter les revues de performance. A partir de 2020, l'étude des itérations a permis de proposer une nouvelle définition des réclamations et de nouvelles modalités de gestion. Les réclamations sont définies comme étant les écrits – majoritairement des emails – dans lesquels les assurés manifestent leur insatisfaction. Parallèlement, ont été diffusées aux caisses les requêtes et tableaux de bord sur les réclamations (volume des réclamations activées, traitées, délais de traitements des réclamations en moins de 2 jours, 10 jours, nombre de réclamants, etc.), pour les suivre à leur niveau.

						Dès lors, la CNAM a considéré que l'établissement, au niveau national, d'un bilan annuel consolidé présente moins d'intérêt, du fait de la prise en compte de la gestion des réclamations dans la gestion de la relation client, obéissant alors aux mêmes cibles de résultat (délai de réponse en 48H et réduction des itérations).
		2.3	Évaluer et réduire les répétitions de contacts	Livraison de la stratégie de contacts omni canal, prenant appui sur la segmentation des assurés. Participation de la Cnam aux travaux interbranches consacrés aux répétitions		Établissement et diffusion en séminaire avec le réseau d'un bilan annuel sur les itérations par canal et en multicanal, avec une cartographie. Actualisation pour toutes les CPAM de la segmentation des assurés. Mise en place du portail STARC, outil statistique permettant d'avoir une vision globale de la relation client et ainsi d'effectuer un premier niveau de pilotage en multicanal. Elaboration d'un RNP unique pour couvrir la performance de la relation client multicanal.
3	Enrichir l'offre de service	3.1	Développer une offre structurée de rendez-vous élargie et ciblée	Diffusion d'une lettre réseau et d'un plan marketing de ciblage		Une lettre-réseau a été diffusée en 2018 (LR-DDO-119/2018).
		3.2	Enrichir le contenu des rendez-vous	Diffusion des instructions au réseau Mise en œuvre d'une liste élargie de motifs de rendez-vous dans le compte ameli		Ouverture de la fonction « rendez-vous » (rdv) aux DRSM et aux ELMS (LR-DDO-70/2018 diffusée en mai 2018). Mise en place d'une liste de motifs de prise de rdv en ligne à la main des organismes (outil Médialog+). Recensement des bonnes pratiques du réseau à prendre en compte au niveau national (préparation du rdv en amont, offres sur rebond, proposition de rdv sortant...)

8. Simplifier les démarches des assurés

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	Évaluation de l'engagement	Niveau d'atteinte	Principales actions mises en place
1	Poursuivre les démarches de simplification	1.1	Optimiser les process de délivrance du service pour améliorer la performance	Propositions de simplification par la Cnam		Des propositions de simplifications législatives et réglementaires ont été transmises durant la COG : en 2018 à propos de la CMUC/ACS, en 2019 à propos de l'invalidité (dans le cadre du PLFSS) et en 2022 à propos des IJ.
2	Développer les échanges dématérialisés avec les partenaires	2.1	Mettre en œuvre les prochains paliers de la DSN	Actualisation et diffusion des consignes métiers à chacun des paliers de la DSN		Des outils de documentation métier ont été diffusés au réseau en 2019 et 2020. En complément, un plan d'actions de promotion de la DSN événementielle a été diffusé au réseau des CIS employeurs.
		2.2	Utiliser les informations de la DSN concernant les revenus pour calculer les IJ ou instruire une demande de CMU-C/ACS	Actualisation des consignes et procédures métiers IJ et CMU-C		Les évolutions du chaînage par le NIR intervenant sur le périmètre des DSIJ issues de DSN ont été rendues opérationnelles début 2019 (LR-DDO-11/2019). Ces évolutions ont été accompagnées de mesures de formations et d'information : formation en e-learning, promotion des nouveautés du guide DSN (notamment sur AMELI). En complément les CIS ont organisé des visites dans les entreprises de travail temporaire. La consultation des données de la DSN pour les demandes de C2S a été opérationnelle en 2020.
		2.3	Organiser des échanges avec le ministère de l'Intérieur concernant les titres de séjour	Échanges opérationnels		S'agissant du renouvellement des titres de séjour pour le maintien des droits à la prise en charge de frais de santé, les échanges sont opérationnels depuis juillet 2019. S'agissant des visas, la consultation du téléservice VISABIO est effective depuis 2020. S'agissant des mesures d'éloignement définitives, les informations sont transmises aux caisses depuis 2021.
		2.4	Contribuer à la mise en oeuvre du prélèvement à la source	Actualisation et diffusion des consignes métiers		L'adaptation des systèmes d'information pour la mise en place du prélèvement à la source a été opérationnelle en 2019, pour les pensions d'Invalidité (outil SCAPIN), soit environ 721 000 assurés concernés, et pour les indemnités journalières (outil PROGRES). Le compte AMELI (site internet et smartphone), bornes multiservices notamment, ont pris en compte le PAS en 2020. Des informations ont été communiquées aux assurés (LR-DDO-6-2019).
		2.5	Mettre en place la liquidation unique des IJ pour les poly-actifs RG et pour les poly-actifs RG/MSA (utilisation du chaînage par le NIR)	Définition et livraison du process de liquidation		La liquidation unique des indemnités journalières par un seul régime est effective en DSN.

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

		2.6	Assurer le rôle de fournisseur d'identité dans le cadre de « France Connect »	Mise en œuvre d'une offre de fourniture d'identité renforcée en 2018 puis de niveau eIDAS 2 en 2020		En 2018, proposition d'une identité renforcée fournie par le compte AMELI. Le fournisseur d'identité choisi en 2020 est la e-carte vitale. A l'issue d'une expérimentation dans deux départements, le déploiement est fixé en 2022.
		2.7	Mettre à disposition des partenaires les API Assurance Maladie	Mise en oeuvre d'une première API en 2018 dans le cadre du dispositif « France Connect »		Mise à disposition de l'API à l'automne 2018.
		2.8	Contribuer au développement du PNDS	Participation de la Cnam aux travaux PNDS		Participation aux réunions et diffusion de l'API de données entre opérateurs en mars 2018.
3	Proposer une offre de service attentionnée prenant en compte les situations de vie et profils des assurés	3.1	Élaborer une segmentation du public assuré	Livraison du kit de déploiement et d'usage de la segmentation du public assuré		Livraison en 2018.
		3.2	Identifier les déterminants des contacts par processus métiers et proposer les bonnes pratiques de régulation des flux	Livraison de l'analyse des parcours de contacts et du plan d'actions opérationnel		Réalisation de différents travaux tout au long de la COG dans une perspective d'amélioration globale de la relation de services : outil permettant de fournir aux assurés une estimation du montant et des délais de paiement des IJ maladie, projet « réflexe services en ligne », travaux sur les itérations multicanal, sur les synergies front office/back office.
		3.3	Piloter et évaluer les cycles de vie des services et des parcours client	Actualisation et livraison des mises à jour des parcours clients		Mise en place et/ou mise à jour de différents parcours durant la COG : accompagnement des personnes en situation de fragilité numérique (LR DDO 20/2020) ; à destination des jeunes sortant de l'ASE (LR DDO 30/2020) ; à destination des personnes écrouées (LR DDO 123/2020). Mise à jour de l'offre de service pour les personnes entrant en invalidité. Participation à la création d'un parcours naissance et perte d'un proche en interbranches.

9. Simplifier les conditions d'exercice des professionnels de santé

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	Évaluation de l'engagement	Niveau d'atteinte	Principales actions mises en place
1	Renforcer l'utilisation d' ADRI	1.1	Accompagnement renforcé via les CIS	Augmentation du taux de déploiement d'ADRI sur les postes de travail		Le taux de déploiement est passé de 63 % à 83,74% au 31/12/2021.
2	Renforcer l'accompagnement personnalisé des professionnels de santé	2.1	Mise en place d'un programme personnalisé d'accompagnement pour les médecins (PPA). Mise en place d'un accompagnement spécifique pour les MSP	Nombre de visites effectuées		1059 visites ont été effectuées en 2018.
				Nombre de visites spécifiques effectuées auprès des MSP		790 visites ont été effectuées en 2018. En 2019, une lettre réseau (LR DDGOS 37/2019) prévoit plusieurs visites par an des MSP et met à disposition des CPAM une boîte à outils pour mieux accompagner les professionnels (profils, outils de suivi, calechettes etc). 2 888 visites en lien avec le PPA et 698 en MSP ont été effectuées en 2020. En 2021, à l'issue d'une évaluation, le PPA a évolué vers une organisation plus souple et moins coûteuse. 416 visites en MSP ont été recensées dans les outils (Medialog), ce qui, selon la CNAM n'est pas exhaustif.
3	Contribuer à la mise en place des guichets uniques d'information et d'orientation en partenariat avec les ARS et les autres acteurs (organismes sociaux comme les Urssaf, caisses de retraite, ordres, etc.)	3.1	Mise en place de groupes de travail avec les acteurs pour unifier et coordonner les procédures et informations nécessaires aux PS de l'installation à la retraite	Nombre de guichets uniques installés		En 2019, la quasi-totalité des régions a un guichet unique impliquant l'ARS et l'assurance maladie, qui s'est structuré avec la généralisation des PFS-MDA fin 2020 (LR DDO 33/2020).

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

4	Déployer de nouveaux outils de prévention à destination des médecins	4.1	Conception et développement d'une offre de téléservices par paliers sur la COG	Premier pallier de téléservices donnant aux médecins de la visibilité sur la participation des patients aux actions de prévention et enrichissement les années suivantes afin de leur permettre d'actionner les offres et services en santé de l'Assurance Maladie		Elaboration d'un premier scénario « pratiques et patientèle » en 2018
---	---	-----	--	--	--	---

10.Structurer une offre de service employeur

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	Évaluation de l'engagement	Niveau d'atteinte	Principales actions mises en place
1	Piloter et mettre en œuvre la relation de service vers les entreprises en interbranches	1.1	Développement de plateformes de gestion de la relation clients en multicanal (GRC) – REDONDANT AVEC OBJECTIF FICHE 11	Mise en place des plateformes		Les plateformes de service employeurs gèrent les appels entrants des employeurs maladie et gèrent en niveau 1 et en niveau 2 avec les services ATMP des Carsat depuis 2020. La CNAM n'a pas ouvert les plateformes au canal mail, considérant que d'autres technologies répondent plus aux besoins des employeurs. (téléservices de dépôt de pièces et amélioration du parcours appelant sur le 3679 avec la mise en place du langage naturel pour différencier les modes de prise en charge en fonction des motifs d'appels).
				Mise en place d'un téléservice attestant la législation applicable		Déploiement d'un applicatif de gestion des détachements à l'étranger (FILEAS).
2	Développer l'offre de service	2.1	Concevoir et mettre en œuvre des services adaptés aux tailles et aux situations des entreprises	Conception et mise en œuvre de parcours attentionnés (création d'entreprise et experts-comptables)		Déploiement en 2020 d'un parcours attentionné en direction des experts-comptables (tiers déclarants) avec un accès aux fonctionnalités du compte AT/MP.
				Ouverture d'un service dématérialisé de demande de formulaires attestant de la législation applicable		L'applicatif « Espace employeur » permet de dématérialiser les demandes de détachements à l'étranger.
3	Faire connaître et valoriser les actions de la branche auprès des entreprises	3.1	Valorisation des actions de la branche	Plans de communication et de promotion opérationnels		Réalisation de plusieurs plans de communication et promotion : sur les aides financières simplifiées en 2018, sur le compte AT/MP, sur le service de dématérialisation de la notification du taux, campagne lombalgie et troubles musculo squelettiques (TMS). Durant la crise sanitaire, élaboration de fiches métiers pour aider les salariés et les employeurs dans la mise en œuvre des mesures de protection sur les lieux de travail et de

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

						communications sur le financement des mesures de protection COVID. En 2021, réalisation de plans de communication sur les TMS et les risques chimiques. Orientation des communications vers les très petites entreprises.
--	--	--	--	--	--	--

AXE 4 : ACCOMPAGNER L'INNOVATION NUMÉRIQUE EN SANTÉ

11.Étendre l'offre de service numérique de l'Assurance Maladie

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	Évaluation de l'engagement	Niveau d'atteinte	Principales actions mises en place
1	Élargir l'offre de service numérique proposée aux assurés sociaux	1.1	Doter le compte ameli de nouvelles fonctionnalités	Mise en production de trois versions par an		La CNAM continue de développer, d'année en année, de nouvelles fonctionnalités et d'en généraliser les supports (web, smartphone, tablette, borne interactive). En 2021, neuf téléservices ont par exemple été installés. Au global, 75 téléservices sont aujourd'hui accessibles.
		1.2	Définir les cas d'usage de la e-carte, réaliser une expérimentation et définir une cible de généralisation	Lancement d'une expérimentation Suivi de la montée en charge		Une expérimentation a été conduite entre 2019 et 2021, dans les départements du Rhône et des Alpes-Maritimes, et est en cours d'élargissement en 2022. La cible de généralisation a été reportée à 2024.
		1.3	Expérimenter des services 100 % digitaux	Diffusion d'instructions aux réseaux et actions de communication auprès des usagers		La CNAM a développé toute une gamme d'outils pour inciter les assurés à utiliser leur compte Ameli : tutoriels en ligne via You Tube, accompagnement de ceux qui se déplacent ou appellent... Une matrice d'orientation multicanale a été déployée au sein du réseau courant 2021 pour faciliter l'orientation par les agents, selon les profils et motifs d'appels, vers le compte Ameli en priorité.
2	Proposer des téléservices assurés accessibles au plus grand nombre	2.1	Élaborer et diffuser une charte de la communication universelle	Diffusion de la charte		La direction de la communication a élaboré et diffusé en novembre 2020 un guide de communication universelle et fait désigner des référents sur ce sujet au sein des organismes du réseau.
		2.2	Maintenir le compte ameli et le site ameli.fr au niveau AA du RGAA	Les nouveaux téléservices ouverts respecteront les exigences du RGAA au niveau AA		Depuis fin 2020, et suite à un audit réalisé par un organisme indépendant spécialisé sur la base du Référentiel général d'amélioration de l'accessibilité 4 (RGAA 4), le taux atteint par le site est de 95 %. C'est une augmentation de 15 points par rapport à 2019, et de 36 points par rapport à 2018.
		2.3	Proposer un service téléphonique adapté aux sourds et malentendants	Mise en œuvre du dispositif		

						Depuis avril 2022, le 36 46 est accessible aux personnes sourdes et malentendantes via ameli.fr.
3	Conforter l'usage des téléservices par les professionnels de santé	3.1	Rénover régulièrement le portail espace pro	Version du portail espace pro		Malgré les évolutions de versions, le taux de disponibilité d'AmeliPro a été très élevé y compris au plus fort de la crise (au moins 99,5%).
		3.2	Enrichir la gamme des téléservices intégrés dans les logiciels (certificat médical AT/MP, bilan de soins infirmiers...)	Nombre de téléservices intégrés		Les éditeurs de logiciels intègrent dans leurs logiciels de gestion de cabinet un accès à un certain nombre des téléservices, incités notamment par le Ségur du numérique. Le téléservice INSi par exemple est proposé pour être intégré dans les logiciels des professionnels et établissements de santé, afin de permettre à ces derniers de pouvoir récupérer l'identification nationale de santé de leurs patients.
		3.3	Proposer une offre de service destinée aux nouvelles organisations de soins pour accompagner leur déploiement	Proposition offre de service		L'ouverture aux centres de santé des services PSE (mars 2020) et consultation ALD (octobre 2020) a été réalisée.
4	Accompagner le déploiement de la facturation directe pour les établissements de santé	4.1	Généraliser la facturation directe des actes et consultations externes	Facturation directe de tous les actes et consultations externes, notamment par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)		Le déploiement de la facturation directe des actes et consultations externes -FIDES- commencée en 2011 sur le champ MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) est quasiment achevé (98% des établissements sont en FIDES), mais il reste à déployer 6 établissements ultramarins et 5 sites de l'AP-PHP.
		4.2	Généraliser la facturation directe des séjours	Facturation directe de tous les séjours		La LFSS de 2018 prévoyait une généralisation à horizon mars 2022, dont le principe a été réaffirmé dans la LFSS 2022. Après bilan de l'expérimentation en cours, la généralisation ne sera lancée qu'au mieux début 2024, pour une fin prévisionnelle en 2027.
		4.3	Généraliser la facturation directe des soins de suite et réadaptation	Facturation directe de tous les soins de suite et réadaptation		71% des établissements SSR ayant une activité d'actes et consultations externes sont en FIDES. Il restait fin 2021 une trentaine d'établissements à déployer. MLa facturation directe de tous les soins devrait aboutir en 2023.

		4.4	Généraliser la facturation directe de tous les forfaits	Facturation directe de tous les forfaits		La généralisation de la facturation directe des séjours et des activités à forfaits – principalement les urgences – a été différée en raison de la crise sanitaire et de la mise en œuvre d’une réforme du financement des urgences au 1er janvier 2022.
5	Mettre en place une stratégie digitale pour les entreprises	5.1	Concevoir et mettre en œuvre progressivement un bouquet de services aux employeurs à partir du compte entreprise	Mettre en œuvre le SDSI des risques professionnels		Le portail Net-Entreprise s’est enrichi progressivement de services. Il comporte désormais notamment la déclaration des accidents du travail (e-DAT), le compte AT/MP notifiant le taux de cotisation, et la transmission des attestations de salaire.
		5.2	Développer des plateformes téléphoniques en cible multicanal	Déploiement des PFS employeurs multicanal		Les plateformes de service employeurs gèrent les appels entrants des employeurs maladie et gèrent en niveau 1 et en niveau 2 avec les services ATMP des Carsat depuis 2020. La CNAM n’a pas ouvert les plateformes au canal mail, considérant que d’autres technologies répondent plus aux besoins des employeurs. (téléservices de dépôt de pièces et amélioration du parcours appelant sur le 3679 avec la mise en place du langage naturel pour différencier les modes de prise en charge en fonction des motifs d’appels).

12. S'appuyer sur le numérique pour améliorer la prise en charge des patients

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	Évaluation de l'engagement	Niveau d'atteinte	Principales actions mises en place
1	Déployer le DMP et la MSS	1.1	Généraliser le Dossier médical partagé	Nombre de DMP créés / alimentés		Jusqu'à la fin de 2021, les objectifs d'ouverture du DMP n'étaient pas atteints , seuls environ 10 millions étaient ouverts au lieu des 30 millions ciblés. Dans le cadre du déploiement de l'espace numérique en santé, la mise en œuvre de l'opt-out prévue par la loi (création automatique du DMP sauf opposition de l'assuré), effective pour l'ensemble de la population à compter de juillet 2022, permet de créer pour la totalité des assurés , en dehors de ceux qui l'ont refusé, un DMP.
		1.2	Déployer la MSS	Nombre de MSS créées		La messagerie sécurisée de santé est intégrée dans l'ENS, l'ensemble des assurés en sont donc dotés. Du côté des professionnels de santé, les chiffres d'équipements en messagerie sécurisée progressent rapidement (74% des médecins libéraux équipés, 82% des officines, 85% des établissements de santé).
2	Mettre en œuvre la prescription électronique	2.1	Évaluer l'expérimentation « e-prescription de produits de santé »	Rapport d'évaluation de l'expérimentation		Une expérimentation a été lancée dans trois départements (Maine et Loire, Saône et Loire et Val de Marne) en 2018, mais elle continue, avec 213 expérimentateurs (médecins et pharmaciens) fin 2021.
		2.2	Définir le dispositif de généralisation	Définir le dispositif de généralisation		La généralisation a été reportée, à horizon fin 2024, date de sa mise en œuvre prévue par les textes.
		2.3	Définir le dispositif de généralisation	Lancement effectif		La généralisation a été reportée, à horizon fin 2024, date de sa mise en œuvre prévue par les textes.
		2.4	Extension à d'autres prescriptions	Étude sur les conditions techniques, juridiques et organisationnelles d'extension à d'autres prescriptions : biologie, kinésithérapie, actes infirmiers		
Mise à disposition de la prescription de biologie puis d'actes d'infirmiers					N'a pas été mise en œuvre.	

3	Déployer la facturation en ligne	3.1	Facturation en ligne taxi	Démarrage du déploiement de la facturation en ligne taxi		[2] En 2020 et 2021, douze CPAM ont expérimenté SEFI Taxi (4 éditeurs agréés, 30 taxis utilisateurs, 5000 factures en ligne réalisées). L'expérimentation, positive, devait être élargie en 2022 à 22 départements et à un plus grand nombre d'éditeurs et de taxis agréés.
		3.2	Nouveaux modes de facturation	Démarrage d'un nouveau type de prestations facturées en ligne		Les biologistes ont refusé, à ce stade, d'expérimenter SEFI.
4	Offrir des retours d'information aux professionnels de santé sur leurs pratiques	4.1	Conception et développement d'une offre de téléservices par paliers sur la COG	Premier palier de téléservices proposant des retours d'informations sur les profils de prescription d'AT, de génériques puis enrichissement les années suivantes des profils proposés		Une expérimentation d'un outil de datavisualisation en matière de prescription d'antibiotiques a été lancée début 2022. Une vingtaine de CPAM et DRSM ont mobilisé leurs équipes (DAM et PC) pour présenter cet outil à un échantillon de généralistes. Une synthèse des retours d'expérience a été réalisée en mars 2022, tant sur le volet métier (contenu des profils, argumentaire...) que sur le volet technique de la dataviz (lisibilité des profils, qualité de la connexion...). Après les retours positifs reçus, le projet devrait se déployer à grande échelle d'ici la fin de l'année 2022
		4.2	Enrichir progressivement ces retours d'information	Nature des enrichissements fournis		L'outil initial n'a pas encore été déployé.

13. Rendre les systèmes d'information plus agiles et plus performants

N° d'engt	Engagement	N° act°	Action	Évaluation de l'engagement	Niveau d'atteinte	Principales actions mises en place
1	Définir une trajectoire de rénovation du SI et du patrimoine applicatif	1.1	Réduction de la dette technique	Objectifs fixés dans le cadre de la roadmap annuelle sur la gestion de l'obsolescence technique		La crise sanitaire a reporté un certain nombre de projets visant à réduire la dette technique (décommissionnement de certains projets ou migrations partiellement différés...).
		1.2	Développement d'un référentiel individu	Définition du calendrier Avancement du programme sur la base du calendrier		Le programme, qui s'est révélé très complexe, a été scindé en deux projets opérationnels. Un 1er projet prioritaire dit "Accrochage METEORE", avec une mise en production de la 1ère itération Go2Meteore (installation du socle technique événementiel en novembre 2021). La CNAM a renoncé à certains pans de la cible initiale pour tenir les délais. Le 2eme projet cible est dit "GDRI » (gisement de référence des données individu) est destiné à mettre en œuvre le socle du projet initial : extraction/stockage des données d'identification de l'individu notamment. Il est en cours.
2	Contribuer aux gains de productivité de la branche en accroissant la dématérialisation	2.1	Développement des téléservices (assurés, professionnels de santé, employeurs)	Mise en production des différents téléservices tels qu'ils seront définis dans les roadmaps annuelles		La CNAM a développé de nombreux téléservices pour ses différents types de clients, lui permettant de générer des gains d'efficacité suffisants pour contribuer au respect de la trajectoire ETP de la COG.
		2.2	Rénover le poste agent	Mise en production des différents processus de gestion rattachés au poste agent		Un certain nombre de processus ont été intégrés au poste agent [3] Cependant, des dysfonctionnements récurrents font craindre au sein des caisses une difficulté à aboutir rapidement sur ce projet.

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

		2.3	Repenser la chaîne de traitement service médical/service administratif	Avancement du programme sur la base du calendrier		Le projet MATIS, prévu initialement pour 2019-2020, fait l'objet, depuis mai 2021, d'un déploiement dans les ELSM de la région Auvergne Rhône Alpes ainsi que dans l'ELSM du Vaucluse, sa généralisation progressive étant prévue à partir de janvier 2023. Il a pris du retard et ses
3	Permettre un développement partagé des outils entre la Cnam et le réseau	3.1	Mettre en place un dispositif et des outils pour faciliter l'articulation entre les développements informatiques locaux et nationaux	Mise en œuvre du plan d'action de la MD 23 et des échéances associées		La filière FILIGRAM, issue de la MD 23, est désormais bien organisée, avec une gouvernance structurée. Depuis début 2019, 33 applications ont été lancées dans la filière impliquant 30 organismes (dont 18 en situation de MOE), 14 applications sont en production, 12 en cours de réalisation, 6 en cadrage. Un « store » a été créé pour permettre à tous les organismes d'avoir accès aux outils à forte valeur ajoutée développés en local et faciliter l'organisation de projets fédérateurs portés dans la filière.

AXE 5 : RÉUSSIR L'INTÉGRATION D'AUTRES RÉGIMES EN GARANTISSANT UN FONCTIONNEMENT EFFICIENT DE LA BRANCHE

14. Conduire les rapprochements avec les régimes partenaires

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	Évaluation de l'engagement	Niveau d'atteinte	Principales actions mises en place
1	Sécuriser le transfert d'activité	1.1	Préparer et conduire les opérations techniques assurant une continuité de service aux usagers : RSI, La Mutuelle générale (LMG)	Bilan de clôture des opérations de reprises de données		Les opérations techniques se sont déroulées de manière satisfaisante.
2	Adapter l'offre de service aux assurés nouvellement affiliés	2.1	Adapter les programmes de prévention aux publics issus d'autres régimes (indépendants, étudiants)	Mise en œuvre des actions de prévention (bilan annuel travailleur indépendant et bilan annuel étudiant)		La CNAM s'est fortement investie dans la mise en place d'une offre de prévention adaptée aux étudiants. Elle doit développer sa connaissance des besoins spécifiques des TI, et adapter son offre en conséquence.
		2.2	Organiser une plus grande coordination entre les branches au profit des travailleurs indépendants	Mise en place du parcours création entreprise 2019 Participation de la Cnam aux instances de pilotage		La CNAM participe aux instances de la CPSTI (Signature du protocole conventionnel CPSTI/Cnam en décembre 2019), un interlocuteur dédié au sein de la Cnam pour assurer la coordination sur le sujet a été nommé en 2021 pour participer aux instances de la CPSTI, faire du lien entre les directions de la Cnam, s'assurer que les experts sont mobilisés et les dossiers instruits pour les diverses commissions.
3	Proposer un accompagnement RH adapté	3.1	Élaborer un process d'accompagnement RH des personnels transférés	Formalisation et diffusion du processus RH Réalisation d'un bilan RH après chaque opération		Un processus RH a été diffusé au réseau. L'immense majorité (82%) des personnels transférés ont bénéficié d'un bilan RH et d'une formation (87,6%), dans un contexte de crise sanitaire majeure.

4	Conduire ces opérations sans affecter le niveau de performance de la branche	4.1	Prendre les mesures d'organisation des activités garantissant la qualité du service	Élaboration d'un schéma stratégique de développement de Phare Prise en compte pour chaque organisme de l'impact des régimes intégrés dans le cadre du dialogue de gestion		La CNAM s'est organisée pour conduire ces opérations d'intégration sans affecter le niveau de performance global du réseau. Elle a notamment rééquilibré les effectifs entre caisses pour tenir compte du déséquilibre entre activités et ressources humaines.
---	---	-----	---	--	--	--

15.Consolider la politique de gestion des ressources humaines

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	Évaluation de l'engagement	Niveau d'atteinte	Principales actions mises en place
1	Élaborer et diffuser au réseau les orientations stratégiques de la Cnam dans le cadre d'un dialogue de gestion renforcée	1.1	Favoriser la mise en oeuvre de politiques RH harmonisées dans le réseau	Diffusion du SDRH de branche auprès des organismes du réseau		La CNAM a élaboré un schéma directeur des ressources humaines organisé autour de 6 leviers de transformations et d'objectifs RH opérationnels. En 2022, chaque organisme dispose d'un socle RH commun (SDRH pluriannuel, plan de recrutement mobilité, politique de rémunération annuelle,...)
		1.2	Déployer une GPEC partagée	Accompagnement des organismes dans l'élaboration de leur SDRH local et de leur GPEC		Les organismes ont été accompagnés la mise à disposition d'outils favorisant la mise en oeuvre d'une démarche de GPEC (guide pratique v2018 actualisée en 2021, maquette dans le décisionnel RH). L'observatoire des métiers de l'AM a été créé fin 2020 avec de 1ières études programmées pour 2021 (impact de l'autonomisation sur les processus métiers, métiers de l'accompagnement en santé)
				Réalisation d'une cartographie des emplois et des compétences prospective de la branche pour le service médicale		Pas de mention de la réalisation de la cartographie des emplois et des compétences prévue
		1.3	Faire évoluer la gestion des cadres dirigeants en favorisant la parité hommes/femmes et les dispositifs communs réseau administratif/réseau médical	Déploiement d'actions de formation et de développement professionnel réseau administratif - réseau médical		Organisation de séminaires communs d'accompagnement à la prise de fonction, démarche d'accompagnement de la fonction managériale, initiations au co-développement, création de référents pour l'animation de séances entre pairs
Accompagnement des cadres dirigeants en lien avec l'Ucanss (revues de viviers nationales, définition des attendus de la fonction d'agents de direction)				Organisation de 2 revues de viviers en 2021 ; déclinaison dans les grilles d'évaluation du référentiel des attendus de la fonction d'agent de direction ;définition des attendus managériaux de la fonction de dirigeant de service médical		

2	Accompagner les évolutions stratégiques de la branche	2.1	Accompagner les réseaux dans la mise en œuvre des projets à fort impact RH	Production de guides et offre de conseil personnalisé		Expérimentation (2019) puis déploiement 2021 d'une démarche d'analyse des impacts RH des projets de transformation(LR, webinaire, formation ad hoc), formation de pilotes en 2021 (80)
		2.2	Accompagner les mutations des métiers de la branche en proposant une offre de formation initiale et continue adaptée	Réalisation d'un bilan de la politique de formation de l'AM incluant notamment un point relatif au déploiement de parcours qualifiants		Intégration des principes sous-jacents à la réforme de la formation de 2018 (blocs de compétences) dans certaines formations certifiantes (techniciens du back office, agents d'accueil du front office pour commencer) Pas de mention de la réalisation d'un bilan de la politique de formation
		2.3	Renforcer l'attractivité de la branche maladie	Définition d'un programme d'actions coordonnées en faveur de la valorisation des métiers de l'Assurance Maladie		Actions de promotions nombreuses site Lasecurecrite, espace carrière d'Ameli, construction d'une image d'employeur singulier, réalisation de kit support « marque employeur », campagnes de communication ciblées
3	Confirmer l'engagement de la branche en matière de RSO	3.1	Poursuivre les actions en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap	Indicateur de suivi : respect du taux d'emploi des salariés handicapés		Participation de la CNAM aux actions prévues par la convention Ucans Agefiph ; TE PH 6,48% en 2020
		3.2	Prendre les mesures permettant de réduire l'absentéisme de courte durée	Établissement d'une démarche nationale de prévention de l'absentéisme et proposition d'un accompagnement individualisé des organismes		En lien avec le SDRH, accompagnement des organismes dans leur démarche de prévention de l'absentéisme (ex séminaire de retour d'expérience démarche ACEA (prévention secondaire et tertiaire de l'absentéisme dysfonctionnel ; l'identification des métiers à risque et l'élaboration d'un plan d'absentéisme sont également prévues dans le SDRH
		3.3	Améliorer la qualité de vie au travail	Poursuite du développement du télétravail afin d'encourager la conciliation vie privée/vie professionnelle		Diffusion d'un plan Santé QVT en 2019, plan décliné dans les organismes. Dans les suites de la très forte augmentation subie du télétravail lors des périodes de confinement, accompagnement des organismes sur le développement du télétravail régulier ; diffusion d'une LR en 2021. Fin 2021, 58% des collaborateurs de la branches télétravaillaient entre 1 et 3 jours par semaine (vs 7% en 2019).

16. Renforcer les coopérations entre les organismes et entre les branches

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	Évaluation de l'engagement	Niveau d'atteinte	Principales actions mises en place
Avec trois 1	Approfondir les modalités de coopérations	1.1	Finaliser le déploiement du projet Tram	100 % des processus déployés conformément au schéma cible Tram		Les effectifs liés aux activités mutualisées représentent 7320 ETP en 2021, soit 13,2% des effectifs de la CNAM et 17,7% des effectifs des CPAM. Ils sont affectés à une vingtaine de processus. La crise sanitaire et l'intégration des régimes ont conduit à adapter le dispositif de mutualisation. Voir partie du rapport et annexe dédiés aux dispositifs de mutualisation.
		1.2	Consolider le rôle des P.RE.C.I. et proposer une offre de service plus complète	Proposition de l'offre de service enrichie (assistance conduite de projet d'opérations immobilières)		La LR-DDO-200/2018, publiée le 28/12/2018, présente l'offre de service intentionné des PRECI vis-à-vis des organismes du réseau.
		1.3	Constituer des pôles régionaux d'expertise sur les achats	Mise en place des 13 pôles régionaux		Les pôles régionaux d'expertise sur les achats ont été déployés, ainsi qu'un pôle de coordination national des achats (CnA). La mission des Pôles Régionaux a trois actions principales : piloter les marchés régionaux retenus dans la feuille de route ; être des relais locaux de la stratégie nationale ; développer une offre de service sur les marchés locaux
		1.4	Proposer un cadre régional de mutualisation sur les fonctions d'expertise	Diffusion d'un cahier des charges		Une Mission Déléguée (n° 28) a travaillé sur le développement de la coopération sur les expertises rares, les travaux ont été finalisés en mars 2020. Les dispositifs nécessitant une expertise rares font l'objet de mutualisations au sein du réseau (voir rapport et annexe dédiés sur les mutualisations).
		1.5	Accroître la capacité d'intervention sur les activités déjà prises en charge (téléphone, IJ, CMU-C	Élaboration d'un schéma stratégique de développement de Phare (évaluation des capacités		Comme dans le cadre des mutualisations, les effectifs dédiés à PHARE se sont accrus durant la COG. Le dispositif d'entraide a été particulièrement sollicité pendant la crise sanitaire et s'est adapté à l'intégration

			et mail), et étendre Phare à de nouvelles activités	des sites, modalités d'intervention...) Mise en œuvre du schéma stratégique de développement		des régimes. (voir rapport et annexe dédiés sur les mutualisations).
2	Renforcer le pilotage de la performance	2.1	Définir un nouveau dispositif de dialogue de gestion	Organisation avec l'ensemble des organismes d'un dialogue de gestion en deux temps sur la période de la COG		La lettre-réseau LR-DDO-34-2018) a élargi le périmètre du dialogue de gestion (performance, budget, immobilier, ressources humaines, contribution à la vie du réseau et innovation) structuré davantage son organisation. Sur le plan opérationnel, a été mis à disposition des caisses un « support de dialogue de gestion » permettant un diagnostic de chacune des caisses (contexte, points forts et faibles de l'organisme, état des lieux et éléments de trajectoire sur les thèmes du dialogue). Les engagements réciproques, de la Cnam et des organismes, ont été formalisés par une « feuille de route ». Le dialogue de gestion se tient avec les organismes du réseau deux fois par COG. Le dispositif a été adapté en 2020, sur le plan de la méthodologie et du calendrier, conformément à la lettre-réseau LR-DDO-45/2020 du 13 mars 2020. Ainsi, le périmètre est composé de deux volets ; d'une part, un volet socle commun à toutes les caisses et, d'autre part, un volet modulable selon trois briques (« Accompagnement de la transformation du système de santé », « Intégration systématique de la dimension médico-administrative dans l'évaluation de la performance des processus » ; « Trajectoire budgétaire »). Dans cette perspective, le support du dialogue de gestion a été rénové. En outre, les services médicaux participent désormais au dialogue de gestion des CPAM.
		2.2	Poursuivre le déploiement du SMI : couvrir l'ensemble des processus	Déploiement de l'ensemble des référentiels nationaux de processus		Les processus à enjeux sont couverts par un RNP. Une mission de rénovation/ simplification des RNP a été lancée et ses premiers résultats sont attendus pour fin 2022.

		2.3	Piloter l'efficacité de la branche	Suivi du coût par bénéficiaire consommant pondéré		L'indicateur de gestion coût /BCP est calculé annuellement et est utilisé dans les dialogues de gestion. La mission déléguée n°34 a travaillé sur la rénovation des indicateurs de gestion, dans la perspective de la COG à venir. L'objectif est, dans un nouvel indicateur renommé « Publics Gérés pondérés » (PGP) de différencier la mesure de la charge en fonction de la nature des activités, classées en trois groupes (activités métiers exercées par toutes les caisses ; activités individualisées liées au travail en réseau, à l'exercice de missions nationales, à la participation à l'entraide ; fonctions supports). La caisse nationale analyse aussi l'impact du changement d'indicateur en fonction du profil des caisses et sur les modalités de calcul de l'allocation de ressources aux organismes.
3	Conduire une politique immobilière conforme aux objectifs d'efficacité et de RSO	3.1	Adapter le parc immobilier pour optimiser les surfaces utilisées	Élaboration du plan immobilier national Suivi des cessions (m ² de surfaces cédées)		Le plan national immobilier a été validé en novembre 2018. Le suivi des cessions est effectif.
4	Contribuer aux actions de mutualisation en interbranche	4.1	Mettre en place la gestion unique des patrimoines communs	Signature de la convention de gestion		Signature de la convention de mutualisation entre l'ACOSS, la CNAF, la Cnam et la MSA, le 12 février 2019.
		4.2	Proposer aux autres branches l'expertise des P.RE.C.I.	Signature de la convention		La Cnam a passé convention avec la Cnav et la CCMSA en 2011, puis avec la Cnaf et avec l'Acoss en 2018.
		4.3	Mutualiser la gestion des marchés bancaires	Lancement de l'appel d'offres Mise en œuvre opérationnelle		Le marché national concernant les virements SEPA a été signé en septembre 2020 ; il couvre la période du 1er octobre 2020 au 30 septembre 2024.

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

		4.4	Systematiser dans le reseau le recours aux marches interbranches	Inscription de la regle dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) des organisme		L'obligation d'adhesion aux marches mutualises interbranches, nationaux ou regionaux a venir a ete inscrit dans les CPG des organismes.
--	--	-----	--	---	--	---

17 . Améliorer la qualité et la performance des établissements du groupe UGECAM

N° d'engt	Engagement	N° d'act°	Action	Évaluation de l'engagement	Niveau d'atteinte	Principales actions mises en place
1	Garantir la pertinence de l'activité des établissements	1.1	Renforcer le virage ambulatoire en SSR	Accroître la part d'hospitalisation de jour (HDJ) dans l'activité des SSR		Impact de la crise qui a fait baissé d'un tiers l'HDJ (passage de 20 à 14 % de l'activité entre 2019 et 2020) avant remontée à 21 % en 2021
		1.2	Réaliser des audits sur la pertinence des patients pris en charge en SSR	Nombre d'audits pertinence réalisés		Audits réalisés dans plusieurs établissements qui ont fait ressortir manque de solution de sortie en aval des SRR
2	Participer à la mise en place d'innovations	2.1	Innovations des pouvoirs publics	Nombre de participations à des innovations organisationnelles par l'État (PCPE, EA, fonctionnement en dispositif ITEP)		Le groupe a participé à de nombreuses innovations : implication dans 4 PCPE, 6 UGECAM portent des pôles emploi accompagné , fonctionnement des ITEP en mode DITEP, adhésion aux CPTS
		2.2	Innovations de l'Assurance Maladie	Nombre de participations à des innovations Assurance Maladie (ateliers lombalgie, Prado SSR, sport sur ordonnance...)		implication dans les travaux de la branche sur la PDP, expérimentation PRADO SSR, et signature de conventions pour coopération avec les MAS, participation au plan Sport et santé et au plan d'accès aux soins personnes handicapées
3	Garantir la qualité des prises en charge et des accompagnements	3.1	Garantir un niveau satisfaisant de certification HAS des SSR	Part des établissements certifiés A ou B		100 % de certification en 2021
		3.2	Déployer les processus communs du Groupe	Taux de déploiement des processus communs métiers Établissements sanitaires pilotes Établissements sanitaires (logiciel sanitaire)		Processus « pré-admission », « admission », « mouvement » déployés dans établissements de santé

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

				Logiciel MS pour les établissements sanitaires pilotes Logiciel MS pour l'ensemble des établissements MS		solution commune choisie le dossier de l'utilisateur informatisé dans le secteur médico-social, déployée dans 6 sites pilotes
		3.3	Réaliser une enquête de satisfaction	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une enquête de satisfaction		100 % des établissements ont réalisé une enquête de satisfaction
4	Définir une trajectoire d'équilibre financier	4.1.	Maîtriser les leviers de la DMA (dotation modulée à l'activité)	Élaborer un plan d'action par Ugecam validé par la Cnam et le mettre en œuvre		Déclinaison plan d'action DMA en plan d'actions par établissement, participation à des groupes de travail nationaux, mais report par l'Etat de la réforme de financement des SSR à 2023.
		4.2	Renforcer la performance des fonctions soignantes et d'accompagnement	Analyse de l'adéquation des ratios des personnels de soins et d'accompagnement dans les établissements 2019 : pour 50% des établissements sanitaires 2020 : pour 100% des établissements sanitaires		Analyse réalisée dans les établissements en tripartites et revue stratégique
		4.3	Renforcer la performance des fonctions supports	Déployer un outil de gestion économique et financière commun		Solution GEF déployée dans tous les établissements UGECAM
				Mutualiser la paie des Ugecam (montée en charge progressive sur cinq ans)		Processus engagé en 2019 jusque fin 2021 avec une pause courant 2020 du fait de la crise sanitaire ; nouvelle pause fin 2021 ; fin 2022 7 UGECAM auront leur paie mutualisée
				Suivi du ratio fonctions support/fonctions soignantes et d'accompagnement		Diagnostic réalisé des fonctions blanchisserie, restauration dans plusieurs UGECAM, mise en place de groupes de travail nationaux

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

		4.4	Renforcer le pilotage financier	Généraliser la comptabilité analytique en SSR (participation à l'ENC, Crea)		Production des comptes de résultats analytiques 2018 et 2019 ; paramétrage dans GEF en 2021 pour automatiser le processus de production des comptes analytiques
				Renforcer la démarche d'accompagnement tripartite des établissements les plus fragiles		Mise en place de de suivis tripartites et de plans d'action pour les établissements les plus en difficultés ; 15 établissements en cours de suivi
				Mettre en place un outil commun de suivi de la trésorerie		Mise en place en 2018 d'un outil commun à compter de 2018, remontées trimestrielles à la CNAM
5	Faire évoluer le pilotage des Ugecam	5.1	Examiner les évolutions pertinentes du maillage territorial des Ugecam	Note d'analyse		Non prioritaire dans le contexte de nombreux travaux engagés de transformation et redressement financier du réseau UGECAL et de crise sanitaire

Source : Mission IGAS d'après les données CNAM et DS

ANNEXE 3 : Engagements état COG 2018 - 2022

[1] Le tableau présenté à la page suivante dresse un bilan complet des engagements de l'Etat prévus dans la COG 2018 - 2022.

Tableau 1 : Bilan des engagements de l'Etat (COG entre 2018 – 2022)

N°	Engagement	Évaluation de l'engagement (le cas échéant)	2018	2019	2020	2021	2022	Commentaires
----	------------	--	------	------	------	------	------	--------------

Fiche 5 - Renforcer la qualité et la pertinence des parcours de soins et moderniser les outils de la gestion du risque

3	<i>Poursuivre les travaux engagés pour définir précisément les prestations contenues dans les financements des ESMS et les règles d'affectation des dépenses afin de permettre la diffusion d'information sur les règles de facturation (transport, orthophonie...)</i>		X	X	X	X	X	Des travaux DGCS/DSS/CNAM ont été initiés mais n'ont pas permis d'arriver à un consensus et à l'élaboration d'un guide à destination des ARS et des CPAM. Toutefois, suite au rapport charges et produits de la CNAM de 2019, un rapport sur l'accès aux soins des PH a été confié au Dc Denormandie et une expérimentation "Art 51" a été lancée en octobre 2021. Cette expérimentation a pour objectif de clarifier la part des soins relevant des budgets des ESMS et ceux à la charge de l'ONDAM de ville et participera ainsi à clarifier les règles de facturation.
---	---	--	---	---	---	---	---	--

Fiche 17 - Renforcer la qualité et la performance des établissements du groupe Ugecam

1	<i>Mettre en place la réforme du financement du SSR, en portant une attention particulière sur l'appareillage et la pédiatrie</i>		X	X	X	X	X	Poursuite des travaux pour mise en place de la réforme avec période de
---	---	--	---	---	---	---	---	--

							transition à compter de 2023. A nouveau décalée en LFSS pour entrée en vigueur en 2023.
--	--	--	--	--	--	--	---

Fiche 3 - Lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins et favoriser un exercice coordonné des pratiques

1	<i>Mettre en œuvre les engagements prévus dans le plan accès aux soins</i>	X	X	X	X	X	<p>Cadrage des négociations conventionnelles (lettre de cadrage 19 aout 2020) : renforcement de la structuration territoriale des soins, coordination interprofessionnelle et développement de l'exercice coordonné, modalités de financement de la régulation et effecton des soins non programmés, déploiement télésanté (assouplissement des règles).</p> <p>Les mesures dérogatoires durant la crise ont engendré un recours massif à la télésanté (18 M de téléconsultations en 2020).</p> <p>Possibilité pour les partenaires conventionnelles de négocier sur une régulation au conventionnement des centres de santé (ajout d'un 4bis au L 162-32-1 CSS)</p>
---	--	---	---	---	---	---	--

2	<i>Mettre en œuvre les mesures visant à faciliter l'installation des professionnels de santé dans les zones sous-denses</i>	X	X	X	X	X	<p>Déploiement du contrat de début d'exercice (art 51 LFSS 2020) : publication du décret n° 2020-1666 du 22/12/20 qui définit les conditions et les modalités de calcul de la rémunération complémentaire, publication de l'arrêté du 02/02/21 relatif au contrat type du CDE, Instruction aux ARS validée par le CNP le 19/03/21</p>
---	---	---	---	---	---	---	---

Fiche 4 - Faire de la prévention un axe prioritaire de la gestion du risque

	<i>Dans le cadre des opérations d'adossement de régimes partenaires qui se réaliseront durant la période de la COG, l'État et l'Assurance Maladie s'engagent à définir les actions de prévention complémentaires à initier vers les des assurés nouvellement intégrés au RG.</i>	X	X	X	X	X	<p>Pas de projet spécifique à destination du ex-RSI ou des régimes étudiants mais intégration globale dans l'ensemble des actions de prévention/dépistage, via le FNPEIS. Financement des actions de lutte contre les addictions de la MSA via le fonds de lutte contre les addictions aux substances psychoactives du régime général.</p>
--	--	---	---	---	---	---	--

Fiche 9 - Simplifier les conditions d'exercice des professionnels de santé

	<p><i>Pour permettre aux médecins de bénéficier d'un aperçu en temps réel de la situation de leur patientèle, l'État s'engage à étudier la possibilité de faire évoluer le cadre juridique actuel afin de permettre la consultation de ces informations de dépistage ou de prévention qui ne sont actuellement accessibles qu'en présence des patients et ce de façon individuelle.</i></p>	<p>Non précisé</p>	<p>Article 49 LFSS pour 2019 autorisant cette transmission. Parution du décret n° 2019-856 du 20 août 2019 relatif à la certification des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation ainsi qu'à l'indemnité journalière en cas de travail à temps partiel pour motif thérapeutique est venu prévoir les modalités de cette transmission</p>
--	---	--------------------	--

Fiche 2 - Lutter contre les inégalités sociales d'accès aux soins

<p>1</p>	<p><i>Contribuer à la limitation des restes à charge dans les secteurs dentaires, optique, audioprothèses</i></p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>Montée en charge du 100% Santé sur l'exercice 2020. Depuis le 1er janvier 2021, 100% Santé propose à tous les bénéficiaires d'une complémentaire santé responsable ou de la C2S des soins et un large choix d'équipements en audiologie, optique et dentaire pris en charge à 100%. Suivi resserré de la réforme dans le cadre des comités et travaux engagés sur les difficultés rencontrées</p>
----------	---	----------	----------	----------	----------	----------	--

Fiche 8 - Simplifier les démarches des assurés

1	<p><i>Examiner les propositions de mesures éventuelles de simplification réglementaire sur les sujets prioritaires</i></p>	X	X	X	X	X	<p>La DSS a examiné les propositions soumises par la CNAM, et la CNAM a été sollicitée sur l'ensemble des propositions DSS, notamment dans le cadre des mesures d'urgence. Les échanges réguliers ont par exemple permis de faire aboutir le décret du 12 avril sur les modalités de calcul des indemnités journalières et prochainement le décret sur le DRM et la C2S ou le décret modifiant les règles de cumul entre pension d'invalidité et revenus d'activité</p>
---	--	---	---	---	---	---	---

Fiche 7 - S'engager sur la performance du service

2	<p><i>Diffuser les informations et données relatives à l'activité des MSAP</i></p>	<p><i>(action : organiser le reporting de l'ensemble des MSAP, au niveau national et local) Livraison des outils de reporting et diffusion mensuelle des résultats (synthèse annuelle)</i></p>	X	X	X	X	<p>La DSS participe aux réunions hebdomadaires avec les opérateurs France Services, pilotées par l'ANCT. Elle assure ainsi un suivi rapproché de la montée en charge du programme et notamment des nouvelles labellisations. Elle participe également aux travaux relatifs à la qualité de service des France Services et veille leur bonne articulation avec les</p>
---	--	--	---	---	---	---	---

								engagements de qualité de service inscrits dans les COG des organismes de sécurité sociale, dont la CNAM. La DSS a par ailleurs prévu le dépôt des primo-demandes d'AME en France Services (décret n°2020-1325), organisé le déploiement de ce nouveau service en lien avec l'ANCT et appuyé la demande de la CNAM d'intégrer une entrée "dépôt de demande d'AME" dans le compte-rendu d'activité.
--	--	--	--	--	--	--	--	---

Fiche 14 - Conduire avec succès les opérations d'intégration et d'adossement des régimes partenaires

1	<i>Associer la Cnam en amont des opérations</i>		X	X	X	X	X	La CNAM a été associée aux échanges relatifs à la reprise des effectifs RSI et OC-RSI, notamment s'agissant des moyens mis à disposition (réunion du 26/11/19) en amont du vote des budgets 2020.
---	---	--	---	---	---	---	---	---

Fiche 15 - Consolider la politique de gestion des ressources humaines

1	<i>Favoriser la mise en œuvre d'une GPEC partagée au sein de la Sécurité sociale</i>	<i>Organiser des échanges d'informations et de bonnes pratiques entre les différents régimes de Sécurité sociale</i> <i>Evaluation de l'engagement : tenue d'une réunion annuelle</i>		X	X	X	X	X	L'Etat s'est engagé à animer une réflexion sur la mise en œuvre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences partagée par l'ensemble des branches
---	--	--	--	---	---	---	---	---	--

								du régime général. Les travaux avec l'Ucanss ont débuté au dernier trimestre 2020.
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fiche 5 - Renforcer la qualité et la pertinence des parcours de soins et moderniser les outils de la gestion du risque

1	<i>Faciliter le développement de système informationnel cohérent et interopérable des acteurs de santé (professionnels de santé libéraux, établissements de santé et médico-sociaux, centres de santé)</i>	X	X	X	X	X	Afin de faciliter l'interopérabilité des systèmes d'information en santé, les travaux sur la doctrine du numérique en santé ont été menés par le MSS en concertation avec la CNAM et les autres acteurs de l'écosystème. La publication a été faite en janvier 2021.
2	<i>Accompagner la mise en œuvre des dispositifs de récupération des données de santé</i>	X	X	X	X	X	Les travaux sur le décret visant à encadrer les activités du HDH ont été réalisés en 2020.
4	<i>Accompagner la montée en charge du système national des données de santé (SNDS) en mobilisant les moyens financiers nécessaires ; en faisant évoluer si cela s'avère nécessaire le cadre juridique et en associant les acteurs producteurs et fournisseurs de données</i>	X	X	X	X	X	Dans le cadre du suivi du SDSI de la CNAM, la mise en œuvre du SNDS est suivi par l'Etat. On note la poursuite sur l'année 2020 des travaux de renforcement de l'offre de service autour du SNDS (MEPS, SAS VA, Alimentation – MDPH transitoire, causes médicales de décès, référentiel établissement).

Fiche 7 - S'engager sur la performance du service

1	<i>Optimiser les échanges automatisés d'informations entre partenaires de la sphère sociale</i>	<i>(action : définir les projets concernés) Livraison d'un plan pluriannuel d'enrichissement des échanges automatisés</i>	X	X	X	X	X	La DSS assure le pilotage de la montée en charge du DRM en lien avec l'ensemble des branches. La CNAV a mis en œuvre des services nécessaires à l'accrochage de services métier fournis par les OSS.
---	---	---	---	---	---	---	---	--

Fiche 8 - Simplifier les démarches des assurés

2	<i>Portage auprès des opérateurs de la sphère sociale, des échanges automatisés d'information</i>		X	X	X	X	X	En 2020, la DSS a piloté la mise en place des échanges avec le ministère de l'intérieur pour l'accès à la base VisaBio en CPAM.
---	---	--	---	---	---	---	---	---

Fiche 10 - Structurer une offre de service employeur

	<i>L'État s'engage à accompagner la Cnam, au besoin par des clarifications réglementaires, pour la mise en œuvre au bénéfice des employeurs de la loi du 7 octobre 2016 pour une république numérique.</i>		Non précisé				
--	--	--	-------------	--	--	--	--

Fiche 12 - S'appuyer sur le numérique pour améliorer la prise en charge des patients

1	<i>Veiller à la complémentarité des projets des autres projets numériques pilotés par l'État avec le déploiement du DMP et de la MSS</i>		X	X	X	X	X	La DNS pilote la mise en œuvre de la feuille de route du numérique portant ainsi le déploiement des outils socles du numérique en Santé (ENS, DMP, MSS, INS). Assurant aussi la maîtrise d'ouvrage stratégique de l'ENS, le cadrage de Mon Espace Santé a été réalisé avec la CNAM et les autres acteurs de l'écosystème. Les travaux sur les deux
---	--	--	---	---	---	---	---	--

							décrets ENS et DMP ont permis de définir l'articulation entre les deux dispositifs.
2	<i>Favoriser la création et l'alimentation du DMP en utilisant le levier du plan hôpital numérique</i>	X	X	X	X	X	Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) « Ma santé 2022 » et de son volet numérique dont il constitue l'action 19, le programme HOP'EN pour « Hôpital numérique ouvert sur son environnement » fixe le nouveau plan d'action national des systèmes d'information hospitaliers à 5 ans, dans la continuité du programme hôpital numérique. Il s'inscrit dans l'intègre dans la trajectoire du virage numérique pilotée par le MSS. Dans le cadre, l'alimentation du DMP en établissement est l'une des cibles d'usage. Les actions sont pilotées par la DGOS.

Fiche 13 - Rendre les systèmes d'information plus agiles et plus performants

1	<i>Préciser les actions, les échéances et les responsabilités pour la conduite du Schéma stratégique des systèmes d'information du service public de la Sécurité sociale.</i>	X	X	X	X	X	La DSS a poursuivi le pilotage du SSSI à travers l'organisation des COPIL et d'un COSTRAT en
---	---	---	---	---	---	---	--

						décembre 2020. On peut noter l'avancement sur la mise en conformité du RGPD, le projet CEREUS et l'étude sur le SIRH.
--	--	--	--	--	--	---

Fiche 6 - Renforcer l'efficacité de la politique de contrôle et de lutte contre la fraude

1	<i>Examiner les propositions formulées par l'Assurance Maladie touchant à des évolutions de réglementations qui permettent de rendre les contrôles plus efficaces</i>	X	X	X	X	X	Propositions étudiées dans le cadre de l'élaboration du projet de décret visant à modifier le périmètre et les modalités d'application des sanctions administratives (pénalités et avertissements) : extension à de nouveaux acteurs (SSIAD, centres de santé), intégration de nouveaux griefs (ex : transports facturés avec véhicule non agréé), rehaussement des barèmes, déclassement de certaines dispositions dans la partie réglementaire du code pour permettre aux pouvoirs publics de réviser ces barèmes avant davantage de réactivité dans le respect de la hiérarchie des normes...
---	---	---	---	---	---	---	--

2	<p><i>Publier rapidement les textes réglementaires prévus par la loi et contribuant à la mise en œuvre d'actions de contrôle et de lutte contre la fraude plus efficaces</i></p>	X	X	X	X	<p>X</p> <p>Décrets pour l'application des articles 93 (dérogation à la garantie de paiement sous 7 jours) et 94 (déconventionnement d'office d'un professionnel condamné ou sanctionné 2 fois en 5 ans) de la LFSS 2021. Décret pour permettre la mise en oeuvre d'une procédure de sanction administrative suite à contrôle par échantillon aléatoire.</p>
---	--	---	---	---	---	--

Fiche 17 - Renforcer la qualité et la performance des établissements du groupe Ugecam

2	<p><i>Faciliter la mise en place de filières universitaires incluant les SSR du Groupe Ugecam</i></p>	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---

Source : Mission IGAS d'après les données DSS

ANNEXE 4 : Engagement interbranches/interrégimes

Tableau 1 : Engagement interbranches/interrégimes

Axe de la COG	Engagement interbranches/interrégimes
Renforcer l'accessibilité territoriale et financière du système de soins	<p>L'assurance maladie associera les autres branches (famille/vieillesse) à la réflexion qui sera menée par la cellule nationale sur l'accessibilité</p> <p>L'Assurance Maladie veillera à articuler les offres Prado personnes âgées avec les services proposés par la branche vieillesse en permettant, si nécessaire, le déclenchement du dispositif d'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH), dans les 48 heures suivant la sortie et une évaluation sociale systématique dans un délai raccourci pour sécuriser le retour à domicile des personnes âgées.</p>
Contribuer à la transformation et à l'efficience du système de santé	<p>L'Assurance Maladie s'engage à mener des actions de prévention coordonnées dans le domaine de la lutte contre le tabagisme et la lombalgie avec la branche risques professionnels dans le champ de la santé au travail.</p> <p>L'Assurance Maladie s'engage à renforcer les partenariats avec les autres branches du régime général en matière de lutte contre la fraude en :</p> <ul style="list-style-type: none"> • améliorant les échanges de signalements et leur exploitation entre organismes, • partageant les méthodes et outils d'investigation de la lutte contre la fraude en interbranches, • expérimentant la mise sous objectifs (MSO) IJ en interrégimes, • étendant tous les programmes nationaux contrôles contentieux établissements en interrégimes
Rendre aux usagers un service maintenu à un haut niveau de qualité	<p>L'Assurance Maladie contribuera à la montée en charge de la DSN (IJ...) et à la mise en place des projets de prélèvements à la source et d'alimentation des bases ressources pour les prestations.</p> <p>L'Assurance Maladie s'engage à assurer avec la Cnav et l'Acoss, la convergence des orientations en matière de relations de service.</p> <p>En partenariat avec l'Acoss, l'Assurance Maladie développera des « parcours attentionnés » autour d'une situation particulière (démarches dans le cadre de la création d'entreprise) ou à l'intention de publics cibles (experts-comptables).</p>
Accompagner l'innovation numérique en santé	<p>L'Assurance Maladie proposera des offres de service pour faciliter l'adossement des régimes et la reprise du RSI.</p> <p>L'Assurance Maladie mettra en place un protocole d'interopérabilité des réseaux génériques permettant d'ouvrir un catalogue de solutions soutenant les projets partagés entre la branche maladie et risques professionnels.</p> <p>L'Assurance Maladie contribuera à la mise en œuvre du SSSI de la Sécurité sociale, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • en participant à la montée en charge du portail national des droits sociaux « mesdroitssociaux.fr » en s'attendant prioritairement à l'exposition de ses données utiles à travers des API ; • en participant aux travaux d'identification de parcours usagers transverses aux branches de la Sécurité sociale permettant une amélioration de l'expérience usager au sein de la sphère « Sécurité sociale » ; • en contribuant à l'étude d'opportunité de mutualisation et de progicalisation du système d'information des ressources humaines (Sirh) ; • en mettant à disposition des référents et animateurs dans le cadre de la communauté des systèmes d'information, dispositif visant à faire échanger les branches autour de problématiques complexes et à partager des retours d'expériences sur des thématiques numériques ; • en appliquant le modèle de coût système d'information « sécu » élaboré dans le cadre du schéma stratégique des systèmes d'information (SSSI) et permettant une meilleure appropriation par la branche mais aussi par la DSS de l'évolution des coûts système d'information de la branche ;

	<ul style="list-style-type: none"> • en adaptant son offre de service éditique aux besoins de l'ensemble des organismes de Sécurité sociale du RG et de la MSA.
<p>Réussir l'intégration d'autres régimes en garantissant un fonctionnement interne efficient de la branche</p>	<p>L'Assurance Maladie s'engage à participer aux travaux de mutualisation conduits avec les autres branches du RG et pilotera notamment les actions concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la gestion immobilière : la Cnam s'investira dans le pilotage national unique des opérations immobilières relevant de patrimoines communs afin de simplifier la gestion de ces opérations. Selon la règle du « financeur majoritaire/gestionnaire unique » la branche maladie financera et suivra les opérations concernant l'ensemble des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) et 24 unions immobilières tout en cédant à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) le financement et le suivi des opérations des Carsat. Par ailleurs la Cnam proposera par convention l'expertise immobilière des P.RE.C.I. aux branches qui n'en disposent pas à ce jour : assistance aux campagnes nationales (mise à jour des surfaces, expertise du vieillissement des bâtiments), assistance à la rédaction de schémas directeurs et de programmes fonctionnels, avis techniques pour les organismes nationaux et locaux... Cette offre de service s'inscrit en cohérence avec les missions assurées par l'Ucanss auprès des différents réseaux ; • l'éditique : l'Assurance Maladie renforcera les démarches engagées avec la branche vieillesse et proposera un partenariat avec les branches recouvrement et famille ; • la gestion des achats : la Cnam s'engage à rendre systématique dans son réseau le recours aux marchés mutualisés interrégimes notamment ceux portés par l'Ucanss (sauf démonstration d'une offre plus avantageuse); • la gestion des marchés bancaires : la Cnam s'engage à mutualiser cette activité au profit de la cellule d'expertise animée par l'Acoss qui est en charge de la passation des marchés pour le compte des caisses nationales qui restent responsables de la mise en exécution des marchés ; • la cession des actifs : la Cnam participera en 2018 à l'expérimentation menée par l'Ucanss relative à la mise en place de portefeuilles d'arbitrage visant à céder des actifs qui ne trouvent pas preneurs sur le marché. <p>Dans le cadre du déploiement de la convention Ucanss/Agéfiph 2016-2019, le Groupe Ugecam mettra à disposition des organismes de Sécurité sociale son expertise en matière de formation et de recrutement des travailleurs handicapés notamment dans le cadre du programme d'accompagnement des travailleurs handicapés pour l'accès généralisé à l'emploi (Parthage)</p>

Source : Mission IGAS

Annexe 5 : La dématérialisation et la modernisation des systèmes d'information : le principal levier d'efficience pour la prochaine COG

SOMMAIRE

1	LES TELESERVICES VONT CONTINUER A CONTRIBUER AUX GAINS D'EFFICIENCE, MAIS DE MANIERE DESORMAIS PLUS MARGINALE	84
1.1	LES GAINS D'EFFICIENCE LIES A LA DEMATERIALISATION DES OUTILS DES PROFESSIONNELS DE SANTE PASSENT DESORMAIS PAR UN BOUQUET D'OUTILS ET DE TELESERVICES	84
1.1.1	<i>La feuille de soins électronique : un gisement historique et majeur de productivité désormais quasi épuisé</i>	<i>84</i>
1.1.2	<i>La « e-Carte Vitale » : un projet dont la montée en charge au-delà d'une expérimentation prévue à la COG n'a pas encore eu lieu</i>	<i>85</i>
1.1.3	<i>Les apports en termes de gains d'efficience de la e-prescription, à ce jour à peine lancée, pourraient être importants mais sont à ce stade incertains</i>	<i>87</i>
1.1.4	<i>La généralisation de la facturation en ligne a vocation à compléter la chaîne de facturation et de liquidation dématérialisée intégrale</i>	<i>91</i>
1.1.5	<i>La généralisation de l'usage des téléservices par les professionnels de santé, notamment pour les avis d'arrêt de travail, doit encore permettre des gains de productivité</i>	<i>92</i>
1.2	L'USAGE DE PLUS EN PLUS DEVELOPPE DU COMPTE AMELI ET DE SON BOUQUET DE SERVICES PAR LES ASSURES DEVRAIT DESORMAIS AVOIR UN IMPACT PLUS LIMITE SUR LES GAINS D'EFFICIENCE DU RESEAU	95
1.2.1	<i>Le compte Ameli est devenu le canal privilégié des échanges entre les assurés et l'assurance maladie</i>	<i>95</i>
1.2.2	<i>Les objectifs prévus à la COG ont, sauf exception, tous été dépassés, et les gains d'efficience restant paraissent très limités</i>	<i>97</i>
1.2.3	<i>La dématérialisation des contacts avec les entreprises pourrait être une source de gains non négligeables</i>	<i>99</i>
2	LES OUTILS METIERS, DONT LA RENOVATION AURAIT DU ABOUTIR EN FIN DE COG ACTUELLE, REPRESENTENT POUR LA PROCHAINE COG UN POTENTIEL DE PRODUCTIVITE, TOUTEFOIS DIFFICILE A CHIFFRER ET INCERTAIN DANS SA TEMPORALITE	101
2.1	LES GAINS D'EFFICIENCE QUE DEVAIT APPORTER LA RENOVATION DES PRINCIPAUX LOGICIELS DE GESTION CES DERNIERES ANNEES DEVRAIENT SE REALISER AU COURS DE LA PROCHAINE COG	101
2.1.1	<i>De nombreux chantiers métiers, qui auraient dû être achevés avant la fin de la COG, sont encore en cours, voire en début de lancement</i>	<i>101</i>
2.1.2	<i>Les organismes, en forte attente sur les nouveaux outils SI métiers, ont très peu de visibilité sur leur état d'avancement et s'inquiètent des conditions de déploiement à venir</i>	<i>106</i>
2.1.3	<i>L'évaluation par la CNAM des gains d'efficience liés aux outils de gestion reste limitée malgré l'importance et le coût des chantiers de refonte, et incertaine quant au séquençage des restitutions possibles en cours de COG.</i>	<i>107</i>

2.2	LA CNAM MISE SUR LES AUTOMATES DE GESTION, IDENTIFIES COMME L'UN DES PRINCIPAUX LEVIERS DE GAINS D'EFFICIENCE POUR LES PROCHAINES ANNEES, MALGRE LEUR IMPACT A CE JOUR ENCORE LIMITE.....	109
2.2.1	<i>Les outils Proweb ont été développés pour pallier les difficultés d'évolution et la lourdeur des outils métiers et ont permis des gains de productivité</i>	109
2.2.2	<i>Le tout nouveau programme PANDA devrait permettre de changer d'échelle en termes de gains de productivité induits par les assistants digitaux</i>	111
2.3	LA NUMERISATION DE LA MAJEURE PARTIE DES FLUX ENTRANTS DE COURRIERS SERAIT PORTEUSE DE GAINS IMPORTANTS	112

INTRODUCTION

[1] Destinés à permettre la gestion de 60 millions d'assurés, les systèmes d'information (SI) de la CNAM et de son réseau forment l'un des ensembles les plus importants d'Europe¹.

[2] L'IGAS, dans son rapport d'évaluation de la COG 2014-2017², faisait le constat, concernant les SI, d'un bilan « *contrasté* ». Elle identifiait certains programmes conduits avec succès, mais au détriment d'autres chantiers moins priorisés, et considérait que « *de manière générale, la période a[vait] été marquée par de nombreux retards* ». Au regard de la dette technique encore lourde en fin de COG 2014-2017, elle recommandait d'accélérer la rénovation des SI, tout en actant que cette modernisation ne pourrait se faire sur une seule COG.

[3] La présente mission, contrairement à la précédente, n'a pas été appuyée par des ressources extérieures spécialisées dans le numérique et les SI. Elle n'a donc pas pu, au-delà des éléments globaux fournis par la CNAM et son réseau, expertiser les caractéristiques techniques et technologiques des outils SI et numériques, leurs évolutions, ni a fortiori la pertinence des choix opérés par la CNAM en la matière pendant la période de la COG.

[4] Elle s'est en revanche attachée à apprécier l'atteinte des objectifs qui lui étaient assignés par la COG, l'état d'avancement des nombreux chantiers que prévoyait le schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) 2018-2022, à retracer les retours que lui ont été faits par les équipes sur le terrain, et à prendre en compte l'impact qu'ont provoqué en cours de COG les projets gouvernementaux tels que la Feuille de route du numérique en santé puis le Ségur du numérique, ainsi que la crise sanitaire, sur les équipes du réseau et sur la mise en œuvre du schéma directeur des systèmes d'information.

[5] La présente annexe aborde le sujet de la dématérialisation et des SI en tant que levier d'efficience, dans le cadre des travaux menés par la mission sur la trajectoire RH (passée et à venir). C'est ainsi que les projets majeurs comme l'espace numérique de santé (dit Mon Espace Santé), avec notamment en son sein le dossier médical partagé (DMP) et la messagerie sécurisée de santé (MSS), n'y sont abordés que dans la mesure où leur mise en œuvre par l'assurance maladie a pu impacter la feuille de route initiale en matière de SI. Les services de l'assurance

¹ Son architecture repose ainsi sur plus de 3 000 composants applicatifs, et bénéficie d'une capacité de stockage de 7 milliards de mégaoctets.

² Rapport n° 2017-008R, *Evaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS - Qualité de service et organisation du réseau* -

maladie n'y ayant aucun accès, même avec l'accord du bénéficiaire³, ils ne peuvent par construction être impactés dans le sens de gains d'efficience⁴.

[6] De même, les outils développés lors de la crise sanitaire ont-ils vocation, à l'avenir, à ouvrir la voie à de nouvelles pratiques et de nouvelles missions, comme en matière de prévention. Ils permettraient donc de développer de nouvelles formes d'actions, mais qui ne se substitueraient pas, ou seulement à la marge, à des activités existantes. Ces potentialités ouvertes ne sont pas étudiées dans cette annexe, elles le sont en revanche dans le rapport principal.

[7] En matière de chiffrages, la mission a demandé à la CNAM de lui fournir les estimations de gains outil par outil (retour sur investissement en ETP). La caisse nationale lui a adressé, dans les cas où elle considérait pouvoir le faire, des estimations de gains pour les années à venir, mais sur un certain nombre de processus plus globalisés.

[8] Dès lors, la mission s'est aussi appuyée, concernant la dématérialisation de certains services, sur des estimations de gains qu'avait effectuées la mission IGAS d'évaluation de la COG 2014-2017 et qu'elle a considéré pouvoir être extrapolées sur la période 2018-2022. Elle s'est abstenue à ce stade de chiffrer les gains des autres outils, par manque de visibilité. A défaut de données plus précises émanant de la CNAM, **les quelques estimations figurant dans la présente note doivent être considérées avec prudence, comme des ordres de grandeur** visant à identifier la portée des projets en termes d'efficience. La mission complétera et précisera ces chiffrages pour le rapport final, en fonction des données que la CNAM pourra lui fournir.

[9] Afin que les objectifs des COG puissent à l'avenir être moins difficilement évaluables en ce domaine porteur d'enjeux majeurs, la mission recommande vivement que la prochaine COG prévoie la transmission aux tutelles d'évaluations chiffrées d'impact, notamment en termes d'efficience (gains ex ante et ex post dans la mesure du possible) concernant les projets en cours ou lancés pendant la COG, et si nécessaire actualisées pendant les 5 ans de cette dernière.

[10] La mission considère, au vu des calendriers prévisionnels de mise en œuvre et des retards fréquents constatés lors de l'implémentation d'applicatifs lourds ou de services dématérialisés dépendant de tiers (professionnels de santé, éditeurs de logiciels...), **qu'une bonne partie des gains ne sera pleinement activable qu'en deuxième partie de période COG**, vraisemblablement à compter de 2025.

[11] La mission tient enfin à rappeler, en propos liminaire, que la modernisation des SI, la mise en œuvre de la dématérialisation, ont également pour objectif, au-delà des gains d'efficience qu'elles permettent de dégager, l'amélioration de la qualité de service vis-à-vis des assurés, des professionnels de santé et des employeurs, ainsi que des conditions de travail des agents.

³ Article L.1111-18 CSP

⁴ A l'inverse, la question se pose quant au déversement par leurs soins des données nécessaires à la coordination des soins issues des procédures de remboursement ou de prise en charge (article L.1111-15 CSP).

1 Les téléservices vont continuer à contribuer aux gains d'efficience, mais de manière désormais plus marginale

1.1 Les gains d'efficience liés à la dématérialisation des outils des professionnels de santé passent désormais par un bouquet d'outils et de téléservices

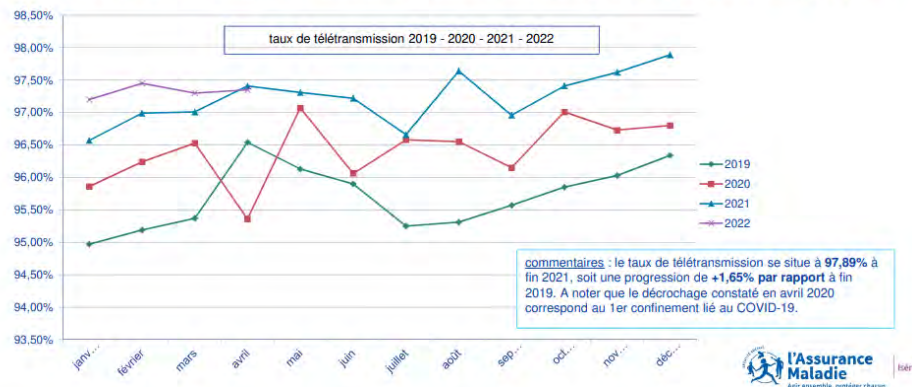
1.1.1 La feuille de soins électronique : un gisement historique et majeur de productivité désormais quasi épuisé

[12] Pendant de nombreuses années, la mise en place de la feuille de soins électronique (FSE) permettait d'effectuer des gains de productivité majeurs. Pour mémoire, la FSE déployée depuis la fin des années 1990⁵, aurait encore permis, entre 2010 et 2013 de près de 700 ETP, et **pendant la période 2014-2017 une économie de l'ordre de 1.000 ETP**⁶.

[13] La COG 2018-2022 prévoit certes que « l'usage systématique de la FSE sera recherché », sans pour autant fixer d'objectifs à la CNAM. Entre 2017 et 2021, le taux de dématérialisation des feuilles de soins est passé de 95% à 98%. En conséquence, en dehors de cas très spécifiques, les taux de télétransmission par les professionnels de santé peuvent difficilement être augmentés de manière significative, comme l'illustre le cas de l'Isère, où le taux de télétransmission oscille désormais entre 97% et 98% des feuilles :

Graphique 1 : Taux de FSE en Isère

Une amélioration forte du taux de télétransmission en Isère sur la période de la COG



Source : CPAM Isère

⁵ L'article 8-1 de l'ordonnance n° 96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins avait en effet prévu qu'au 31 décembre 1998 au plus tard, les professionnels de santé d'une part et les organismes d'assurance maladie d'autre part devaient être en mesure de signer, de recevoir ou de traiter les feuilles de soins électroniques (FSE) ou documents assimilés. A cette obligation légale, la convention nationale des médecins généralistes de décembre 1998 a ajouté une obligation conventionnelle de télétransmission des FSE.

⁶ Cf. rapport IGAS n° 2017-008R

1.1.2 La « e-Carte Vitale » : un projet dont la montée en charge au-delà d'une expérimentation prévue à la COG n'a pas encore eu lieu

[14] La carte Vitale électronique (ou e-Carte Vitale, ou application Carte Vitale – ApCV) permet, sur un smartphone, l'identification, l'authentification et la signature de la feuille de soins par l'assuré. Elle vient ainsi en complément de la carte physique : elle a notamment vocation à permettre au professionnel de santé de réaliser une feuille de soins électronique quand l'assuré n'a pas sa carte physique sur lui lors de la consultation, même si, à terme, elle pourrait être une solution de remplacement de la carte physique⁷. La COG 2018-2022 a prévu l'étude de ses cas d'usage et le lancement de son expérimentation dès 2018, puis une montée en charge progressive, sans pour autant fixer d'objectifs chiffrés en la matière.

[15] Parmi les cas d'usage, la e-carte Vitale pourra être un portefeuille d'identité (NIR, INS – Identifiant National de Santé- et à terme identifiant assurance maladie complémentaire) et une clé d'accès aux services numériques en santé. L'appli carte Vitale (ApCV) sert ainsi pour les usages suivants : facturation assurance maladie obligatoire (AMO)-assurance maladie complémentaire (AMC), téléservices AMO, Mon Espace Santé, dossier pharmaceutique, accès aux téléservices AMC. Les feuilles de soins seront sécurisées et fiabilisées grâce à l'accès systématique au service ADRI⁸, réduisant ainsi le risque d'erreurs et de rejets de factures.

[16] Une expérimentation a été conduite entre 2019 et 2021, dans les départements du Rhône et des Alpes-Maritimes. Elle a touché 6 507 assurés et 113 professionnels de santé installés. 157 feuilles de soins « patients » ont été réalisées, ce qui reste modeste. La CNAM est en train d'élargir le nombre de départements concernés, avec un passage à fin 2022 de 2 à 10⁹, avant de lancer une communication ciblée auprès de professionnels de santé équipés et participant à l'expérimentation courant septembre. Le déploiement progressif à l'ensemble du territoire est censé s'effectuer durant les années 2023 et 2024. Le bilan du SDSI 2021 effectué par la CNAM prévoit en effet un « début de généralisation France entière » en 2023, avec un décalage de la généralisation à horizon 2024.

[17] Il est à noter que dans le cadre du Ségur du Numérique, l'identification des assurés par l'application mobile carte Vitale (apCV) est l'un des services socles¹⁰ que doivent assurer les éditeurs de logiciels pour qu'ils puissent bénéficier du référencement de l'Agence du Numérique en Santé (ANS), et ainsi des financements directs par l'Etat (programme « système ouvert et non sélectif (SONS) » de référencement et de financement) :

Le financement direct des éditeurs de logiciel par l'Etat pour des prestations d'équipements – programme SONS

Il était difficile, jusqu'à présent, de s'assurer, pour la CNAM et l'Etat, que les crédits octroyés aux professionnels de santé et établissements pour la modernisation de leur équipement

⁷ Cf Rapport *Charges et Produits pour 2019*, CNAM, 2018.

⁸ Intégré au logiciel de [facturation SESAM-Vitale](#), le téléservice **Acquisition des DRoits intégrée (ADRI)** permet aux professionnels de santé d'acquérir les informations concernant la situation médico-administrative d'un bénéficiaire de soins nécessaires à l'élaboration d'une facture.

⁹ On notera que l'allotissement initial prévoyait un déploiement de la e-carte Vitale sur 12 départements et la livraison d'une application mobile dès 2020.

¹⁰ Sont aussi services et référentiels socles : l'identifiant national de santé (INS), l'identification via Pro France Connect, la messagerie sécurisée de santé (MMS), le dossier médical partagé (DMP) doté d'un volet de synthèse médicale (VSM), outils que la mission n'expertise pas dans le cadre de la présente note, considérant qu'ils auront peu d'impact sur l'efficience interne des caisses et DRSM.

informatique soient réellement utilisés en totalité pour les développements informatiques incombant aux éditeurs de logiciels. Ce financement passait certes par le « volet structure – équipement » de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), qui était accordé sur le fondement d'atteinte d'indicateurs, mais **le lien entre ce financement et la réalité des développements informatiques était extrêmement indirect et ténu**. Les représentants des éditeurs faisaient régulièrement valoir une réticence, voire un refus, des professionnels libéraux à payer le surcoût induit par les mises à jour logicielles nécessitées par les évolutions de la réglementation, et pouvaient justifier de cet argument pour tarder à commercialiser les nouvelles versions. Inversement, ni les professionnels de santé ni les pouvoirs publics n'avaient de vision claire sur les réels coûts générés par ces montées de version pour les éditeurs. Les professionnels libéraux arguaient de leur côté parfois du surcoût net facturé par leur éditeur, par rapport aux montants perçus dans le cadre de la ROSP.

Afin de mettre un terme à cette situation peu satisfaisante, provoquée notamment par une forte asymétrie d'information entre les acteurs, et afin de s'assurer que les développements seraient effectués à un rythme rapide, l'Etat a choisi, dans le cadre du Ségur du Numérique, une solution, à ce jour totalement inédite en France, voire en Europe, « d'achat pour compte », dit SONS (système ouvert et non sélectif) où **l'Etat paye directement l'éditeur pour la réalisation de prestations d'équipement logiciel commandées par les acteurs de l'offre de soins, et réalisées à leur bénéfice**. Par ce mécanisme, il finance donc directement aux industriels des prestations d'équipement logiciels pour les établissements de santé, établissements sociaux et médico-sociaux, et professionnels de santé libéraux, sous certaines conditions, dont le respect d'un référentiel d'exigences minimales (REM) qui décrit l'ensemble des exigences techniques et fonctionnelles.

Pris sur le fondement de l'article L.1111-24 du code de la santé publique, des arrêtés ministériels en date du 11 août 2021 mettent ainsi en place des programmes de financement destinés à encourager l'équipement numérique des offreurs de soins, dont des professionnels de santé de ville.

Ces financements sont mis en œuvre par l'Agence du numérique en santé dans le cadre du système ouvert et non sélectif (SONS) de référencement et de financement.

Le volet destiné aux professionnels libéraux est appelé « couloir Médecine de Ville » (par rapport à d'autres couloirs comme « Biologie », « Etablissements de santé »...), et au sein de ce « couloir » est identifiée la fonction « Logiciel de gestion de cabinet ».

[18] Quatorze solutions logicielles ont été référencées, début septembre 2022, par l'Agence du numérique en santé pour le « couloir Médecine de ville ». Les professionnels de santé ont jusqu'au 30 novembre 2022 pour passer commande auprès de leur éditeur, afin de pouvoir bénéficier des financements Ségur.

[19] En parallèle, afin d'activer le levier de la transformation des pratiques des professionnels de santé et les usages, la **CNAM a récemment créé des dispositifs d'incitation pour accroître l'utilisation de la e-carte Vitale** :

[20] L'avenant 9 de la convention médicale ¹¹ prévoit que l'usage de la e-carte Vitale soit valorisé dans le cadre du volet 2 du forfait structure de la ROSP à compter de 2023 : l'atteinte d'un taux de 5 % des FSE réalisées avec l'application carte Vitale permettra alors de valider l'indicateur. Il est prévu pour les années suivantes dans l'avenant que cet usage intègre le volet 1 du forfait structure dans le cadre de la future convention médicale qui doit être négociée en 2023, et donc devenir à ce titre un prérequis pour pouvoir bénéficier de l'ensemble du forfait structure, à condition que les médecins aient la capacité à pouvoir utiliser ce téléservice.

- L'application carte Vitale est aussi intégrée dans la toute nouvelle convention pharmacien¹². En 2022, une rémunération de 50€, versée lors de la première feuille de soins électronique est destinée à l'amorçage du dispositif. Les années suivantes, l'atteinte d'un taux de 5 % des FSE réalisées avec l'application carte Vitale permet de valider l'indicateur et à l'officine de percevoir une rémunération de 50 € par an.

[21] La mission recommande que les prochaines négociations conventionnelles avec les autres professionnels de santé (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...) posent le principe d'être eux aussi dotés de logiciels de gestion intégrant l'application carte Vitale.

[22] En tant que telle, la e-carte Vitale ne modifierait pas les processus liés à la FSE. En revanche, dans la mesure où une FSE pourrait alors être émise, même pour les patients ayant oublié ou perdu leur carte Vitale physique, **la mission estime que la e-carte Vitale pourrait permettre de gagner encore quelques dixièmes de points de taux de télétransmission**. La CNAM évoque une possible charge temporaire, en début de COG, pour l'accompagnement des assurés et des professionnels de santé dans la mise en œuvre de la e-carte Vitale.

[23] Sachant qu'un point est classiquement associé à un gain d'environ 300 ETP¹³, un gain de productivité du même ordre pourrait encore être obtenu par le passage de la feuille de soins papier (FSP) à la FSE, en combinant l'usage de la e-carte Vitale et le projet de saisie en ligne par le patient¹⁴, au cours de la COG future. La CNAM évalue d'ailleurs à **250 ETP les gains possibles**, si les effets de bord induits par la crise sanitaire (traitement des bordereaux tiers qui s'inscrivent dans le périmètre du processus FSP manuels) ne se prolongent pas ou ne soient pas relayés par la multiplication de nouveaux dispositifs pérennes ou temporaires porteurs de charge, comme cela a été le cas pour la prise en charge des psychologues.

1.1.3 Les apports en termes de gains d'efficience de la e-prescription, à ce jour à peine lancée, pourraient être importants mais sont à ce stade incertains

1.1.3.1 La e-prescription devrait simplifier et sécuriser les transmissions des ordonnances en vue des dispensations

[24] La **prescription électronique, ou e-prescription**, vise à **simplifier et à sécuriser la transmission de l'ordonnance jusqu'à la dispensation**, via un QR-code. Il s'agit d'un service

¹¹ L'[avenant 9 à la convention médicale](#), signé le 31 juillet 2021, notamment son article 5 4 (article 20 de la convention modifiée) révisant les dispositions sur le forfait structure. Les stipulations de l'avenant médecins concernant la télésanté ont aussi été transposées dans l'avenant 4 de la convention des centres de santé, signé le 15 avril 2022.

¹² Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, signée le 9 mars 2022, entrée en vigueur le 7 mai 2022.

¹³ Rapport IGAS n° 2017-008R

¹⁴ Voir infra.

intégré dans le logiciel des professionnels de santé, qui permet ainsi de dématérialiser le circuit de la prescription, sans lien toutefois avec le logiciel de facturation.

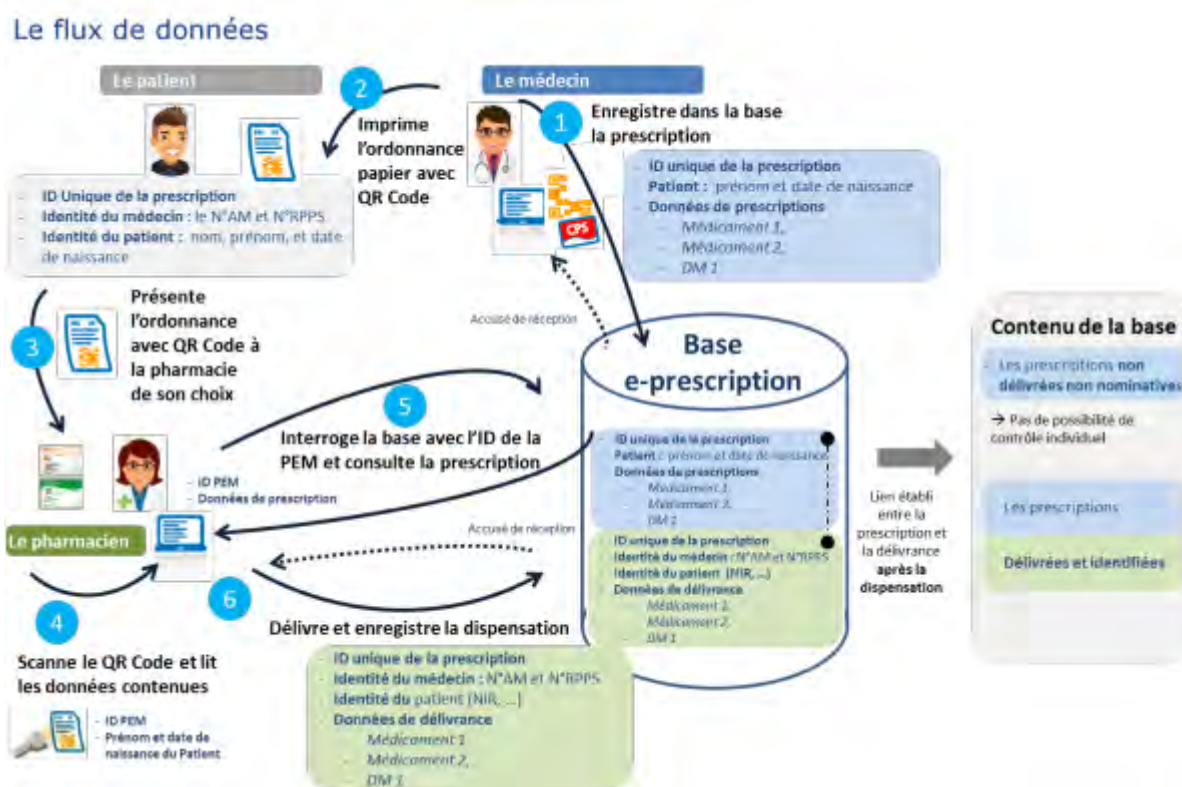
[25] Prévues par la loi dite OTSS de juillet 2019¹⁵, elle a fait l'objet d'une ordonnance spécifique en novembre 2020¹⁶, avec une codification aux articles L. 4071-1 à L. 4071-6 du code de la santé publique. L'article 2 de l'ordonnance dispose que la prescription électronique devient obligatoire à compter du 31 décembre 2024.

[26] Pour l'instant, la e-prescription ne concerne en France que les médicaments, même si elle a vocation à s'étendre à d'autres champs de prescription (actes de la LPP par exemple).

[27] Elle se caractérise par plusieurs étapes¹⁷ :

1. Le prescripteur dématérialise à la source les données de ses prescriptions et les stocke dans la base.
2. Les données de prescription sont consultées dans la base par le professionnel de santé prescrit/exécutant (pharmacien, infirmier...) avec l'accord de l'assuré, et utilisées au moment de la réalisation de sa prestation.
3. Le professionnel prescrit/exécutant envoie dans la base les actes réalisés ou les dispensations en parallèle de la facture.
4. Les données sont utilisées pour justifier la facture des prestations à l'Assurance Maladie.

Schéma 1 : Organisation du flux de données dans le cadre de la e-prescription



¹⁵ Article 55 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

¹⁶ Ordonnance n°2020-1408 du 18 novembre 2020 portant mise en œuvre de la prescription électronique

¹⁷ Cf. notamment le site du ministère :

<https://gnius.esante.gouv.fr/fr/reglementation/fiches-reglementation/e-prescription>

Source : *esante.gouv.fr, doctrine technique du numérique en santé, novembre 2020*

1.1.3.2 Des leviers financiers sont prévus pour favoriser sa généralisation

[28] La COG 2018-2022 prévoit la généralisation par l'assurance maladie de la prescription électronique, avec un « déploiement à grande échelle à compter de 2019 » de la e-prescription de médicaments, puis l'élargissement possible à d'autres domaines (examens biologiques, actes d'auxiliaires médicaux...).

[29] L'Etat, de son côté, s'engage dans la COG à fournir une solution technique reposant sur une base de données partagée pour permettre cette dématérialisation intégrale. C'est ainsi que depuis 2019, le QR-code utilisé ne comprend plus qu'un identifiant renvoyant à une base de données partagée entre médecins et pharmaciens.

[30] Dans le cadre du programme SONS (Système Ouvert et Non Sélectif de référencement et de financement) du Ségur du Numérique, la prescription électronique est aussi l'un des éléments déterminant la possibilité d'un financement direct par l'Etat des éditeurs de logiciels¹⁸. Le « dossier de spécifications de référencement » pour les fournisseurs de logiciels de gestion de cabinet (LGC) de ville inclut, en effet, la prescription informatisée des actes et des médicaments¹⁹ dans le périmètre fonctionnel minimal des LGC.

[31] Comme pour la e-carte Vitale, la CNAM a par ailleurs intégré dans les **derniers outils conventionnels des dispositifs d'incitation** pour accroître l'utilisation de la e-prescription :

- L'avenant 9 de la convention médecins²⁰ prévoit ainsi, dans le cadre du volet 2 du forfait structure, un indicateur à compter de 2023 sur la e-prescription valorisé à hauteur de 40 points. Pour pouvoir bénéficier du montant correspondant, le médecin doit avoir établi au moins 50 % des prescriptions de produits de santé en e-prescription ; la convention prévoit le suivi du déploiement de la e-prescription dans le cadre de la CNP (commission nationale paritaire) ;
- La e-prescription est aussi intégrée dans la toute nouvelle convention pharmacien²¹. La nouvelle convention prévoit en effet une rémunération sur objectifs pour le développement du numérique en santé et l'amélioration de l'accès aux soins. En 2023, une somme forfaitaire annuelle de 250€ leur sera versée à condition qu'au moins 35 % des prescriptions aient été exécutées via le processus e-prescription. A compter de 2024, l'utilisation de la e-prescription devient l'un des 5 indicateurs dits socles : au moins 70 % des délivrances sur une prescription réalisée par un professionnel de santé exerçant en ville devront avoir été exécutées via le processus e-prescription, et cette condition devra être remplie pour que le pharmacien puisse bénéficier du versement de l'ensemble de sa rémunération sur objectifs²².

¹⁸ Arrêté du 11 août 2021 relatif à un programme de financement destiné à encourager l'équipement numérique des médecins de ville – Fonction logiciel de gestion de cabinet – vague 1, pris sur le fondement de l'article 1111-24 du CSP.

¹⁹ Outre la prise de rendez-vous et l'agenda, le dossier patient électronique, des tableaux de bord de suivi des patients et la fonction de courriers et traitements de textes.

²⁰ L'[avenant 9 à la convention médicale](#), signé le 31 juillet 2021, notamment son article 5 4 (article 20 de la convention modifiée) révisant les dispositions sur le forfait structure et son annexe 4 (annexe 12bis de la convention modifiée).

²¹ Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, signée le 9 mars 2022, entrée en vigueur le 7 mai 2022, et notamment son annexe XVIII.

²² Dans la mesure où l'usage de la e-prescription dépend avant tout du prescripteur et non du pharmacien, la convention prévoit que ce taux puisse être revu en fonction de la pénétration effective de cet outil.

[32] Ces forts éléments d'incitation ne peuvent que contribuer au déploiement de la e-prescription, et sont un signal fort lancé par la CNAM à l'ensemble des acteurs (éditeurs de logiciels, professionnels de santé) quant à l'importance d'un tel dispositif.

1.1.3.3 Pour autant le déploiement de la e-prescription n'a pas eu lieu

[33] L'importance donnée à ce projet dans le cadre de la COG, et la mobilisation des différents acteurs (ministère, Agence du Numérique en Santé, GIE SESAM-Vitale), devait permettre d'atteindre les **cibles** fixées, à savoir 5.000 professionnels ayant recours à la e-prescription en 2019, 10.000 en 2020, 20.000 en 2021 et **30.000 en 2022**²³. **Le décalage avec la trajectoire de déploiement est majeur, puisque la cible 2021 n'est atteinte qu'à hauteur de 1% (213 expérimentateurs** (médecins et pharmaciens, implantés dans les trois départements expérimentateurs depuis fin 2018²⁴ utilisaient le service).

[34] La mission a d'ailleurs été frappée par le fait que les équipes, sur le terrain, n'évoquaient que très peu ce vaste chantier et par le peu d'informations dont elles semblaient disposer, comme s'il s'agissait d'un projet à l'horizon temporel très éloigné, alors même qu'il aurait déjà dû être mis en œuvre et que les textes prévoient son obligation d'utilisation dans deux ans et demi.

[35] La crise sanitaire a porté un coup d'arrêt de plusieurs mois au projet. En outre, il est fort probable que le calendrier porté dans la COG était d'emblée trop ambitieux, au regard de l'ampleur du projet. A ce stade, aucun autre département que les trois premiers expérimentateurs n'a été inclus dans le dispositif.

[36] **Quelques avancées ont cependant eu lieu récemment**, ou devraient intervenir dans les mois à venir. La solution de e-prescription unifiée, qui permet d'étendre la prescription électronique à toutes les prestations²⁵, a été mise en production fin 2020. Un certain nombre d'améliorations et de nouvelles fonctionnalités sont prévues : une première version d'un téléservice au sein d'AmeliPro à destination des prescrits, une nouvelle version des cahiers des charges et guides d'intégration pour les éditeurs... Le projet semble désormais bénéficier d'une attention particulière des équipes de la CNAM.

1.1.3.4 Un facteur de sécurisation, et d'efficience potentielle, du circuit de la prescription

[37] Outil de fiabilisation du circuit de l'ordonnance, la e-prescription pourrait aussi avoir un impact sur les tâches des agents de l'assurance maladie (limitation « à la source » des rejets et des notifications d'indus, simplification de la gestion des pièces justificatives, fonctions de contrôle *a priori* embarquées...). L'allègement du processus par la dématérialisation de la prescription toucherait à la fois les **équipes côté ordonnateur et les équipes de l'agence comptable**. Il pourrait donc s'agir d'un gisement potentiel de gains de productivité, notamment lorsque seront effectifs la mise en place de la solution METEORE ainsi que la généralisation de l'interfaçage et du déploiement de la e-prescription dans toutes les filières prescriptrices de soins.

²³ A mettre en regard des quelque 215.000 médecins, 72.500 pharmaciens et 744.000 infirmiers recensés en 2020.

²⁴ Maine et Loire, Saône et Loire et Val de Marne.

²⁵ La e-prescription unifiée permet aux prescripteurs de rédiger des e-prescriptions pour toutes les prestations (à l'exception de la radiologie et du transport) avec une codification détaillée pour les médicaments et les dispositifs médicaux et avec un format texte non structuré dès lors qu'une codification n'est pas disponible ou partagée entre prescripteurs et prescrits. Le modèle de données et le workflow est commun à toutes les prescriptions.

[38] La Cour des comptes, dans son dernier rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale²⁶, consacre d'ailleurs un chapitre sur la dématérialisation des prescriptions médicales, en tant que facteur d'efficience des dépenses de santé, mais aussi de gains de productivité. La Cour n'a pas chiffré ces gains, et mentionne l'absence d'éléments de chiffrage émanant de la CNAM ou du ministère²⁷.

[39] L'existence de possibles effets de la e-prescription en termes d'efficience a été contestée par certains interlocuteurs de la mission, dans la mesure où existe d'ores et déjà l'outil SCOR²⁸, généralisé dans les pharmacies d'officine. La CNAM n'a à ce stade fourni à la mission aucun élément sur l'impact possible ou non de la e-prescription sur son réseau. Si, à court et moyen terme, les organismes utilisent les mêmes outils qu'aujourd'hui pour les prescriptions papier, les opérations de rapprochement des factures avec les pièces justificatives seront facilitées, et le temps de traitement de certains rejets allégé.

[40] **La mission alerte cependant sur le calendrier.** En effet, la généralisation de la prescription électronique est censée avoir lieu à horizon fin 2024, date de sa mise en œuvre obligatoire. La maîtrise d'œuvre de la CNAM, dans le bilan des projets SI dits « sensibles » effectué en avril 2022, estime que le projet est désormais à mi-chemin, et semble optimiste sur la rapidité d'avancement dans le temps à venir²⁹.

[41] La mission n'a pas de raison de mettre en doute l'état d'avancement du chantier sur le plan technique, qu'elle n'est pas en mesure d'évaluer par ses propres moyens, et qui paraît effectivement en bonne voie. Cependant, la généralisation de la e-prescription demande des modifications comportementales non négligeables de la part des professionnels de santé. Elle dépend aussi très largement des éditeurs de logiciels, qui doivent faire évoluer leurs produits pour intégrer cette nouvelle fonctionnalité. Elle nécessite enfin une mobilisation très forte des équipes de l'assurance maladie, à la fois côté SI mais aussi en termes de gestion du changement dans les organismes.

[42] Or la mission constate un fort décalage entre, notamment, le peu de départements et de professionnels expérimentateurs à ce stade, qui empêche par exemple toute campagne d'accompagnement par les CIS d'envergure, et l'enjeu majeur d'un tel chantier. Elle n'exclut pas qu'il ait fait l'objet d'une forme de dépriorisation de fait par les services de la CNAM (on notera que ce projet n'aura consommé que 6.100 heures/hommes entre 2018 et 2022, à comparer aux 15.400 heures consacrés à AmeliPro), alors même qu'il s'agit un des projets numériques majeurs de l'Etat, dont les échéances ont été fixées par le législateur.

[43] La mission recommande que ce chantier devienne l'une des priorités majeures de la CNAM en matière SI pour les deux années à venir, si les pouvoirs publics veulent tenir l'échéance de la fin 2024.

[44] Ces gains de productivité liés à la e-prescription s'inscrivent par ailleurs dans le cadre d'une dématérialisation intégrale de la chaîne de facturation.

²⁶ *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Cour des Comptes, octobre 2021.

²⁷ « À la connaissance de la Cour, l'assurance maladie et le ministère de la santé n'ont cependant pas effectué d'étude d'ensemble permettant d'apprécier les gains possibles sur ces différents champs » (p. 297)

²⁸ Le téléservice **SCOR** (**SC**annérisation des **OR**donnances) permet au professionnel de santé prescrit (qui intervient sur ordonnance) de dématérialiser l'envoi des pièces justificatives papiers (ordonnances et feuilles de soins) aux régimes d'assurance maladie obligatoires (AMO).

²⁹ Utilisant une pictographie schématique mais parlante, le projet est identifié comme à mi-parcours, la « météo » ensoleillée et la tendance d'évolution à la hausse.

1.1.4 La généralisation de la facturation en ligne a vocation à compléter la chaîne de facturation et de liquidation dématérialisée intégrale

[45] La facturation en ligne correspond à une solution de facturation intégrée au logiciel métier du professionnel de santé, qui pourrait remplacer progressivement la facturation SESAM Vitale pour la part AMO. Elle permet la mise en paiement direct des factures réalisées en ligne (programme dit « SEFI+ »), sans passer par l'ordonnancement. Elle est destinée à fiabiliser la facturation des prestations à l'assurance maladie, à réduire les taux de rejet des professionnels de santé (intégration directe d'informations de contexte fournies par l'assurance maladie : bénéficiaire, prescription...) et de simplifier la gestion des pièces justificatives qui seront dématérialisées.

[46] En 2020 et 2021, douze CPAM ont expérimenté SEFI Taxi (4 éditeurs agréés, 30 taxis utilisateurs, 5000 factures en ligne réalisées). L'expérimentation, positive, devait être élargie en 2022 à 22 départements et à un plus grand nombre d'éditeurs et de taxis agréés.

[47] En revanche, les représentants des biologistes ont refusé, à ce stade, d'expérimenter SEFI.

[48] Concernant les éventuels gains de productivité a CNAM n'a pas à ce stade fourni à la mission d'éléments sur le niveau d'impact potentiel de la facturation en ligne sur son réseau.

[49] La mission n'est pas à ce stade en mesure d'identifier jusqu'à quel point la facturation en ligne induira des gains d'efficience, mais recommande que la généralisation SEFI Taxis soit prévue à la prochaine COG, et que son adoption par d'autres professions fasse l'objet de négociations conventionnelles.

1.1.5 La généralisation de l'usage des téléservices par les professionnels de santé, notamment pour les avis d'arrêt de travail, doit encore permettre des gains de productivité

[50] Amelipro est l'outil utilisé comme support de l'ensemble des téléservices proposés par la CNAM aux professionnels de santé. Pour pouvoir accéder à l'intégralité des services, ils doivent utiliser leur carte CPS. En outre, de plus en plus, les éditeurs de logiciels intègrent dans leurs logiciels de gestion de cabinet un accès à un certain nombre de ces services, en facilitant ainsi l'accès pour le professionnel de santé.

Les principaux téléservices mis à disposition des professionnels de santé

Consultation/suivi/commande :

- Paiements effectués par l'assurance maladie ;
- Droits de base des patients ;
- Commande des kits de dépistage, des tests de diagnostic rapide de l'angine et des formulaires Cerfa ;
- Indicateurs ROSP, détail des rémunérations, mise en ligne par le professionnel des résultats ;
- Historique de remboursement des soins médicaux des patients ;
- Liste des patients-médecin traitant, visualisation des entrées et sorties de la patientèle.

Téléprocédures :

- Prescription d'un arrêt de travail, et adressage direct à la caisse et au service médical ;
- Etablissement d'un certificat médical d'accident du travail ou de maladie professionnelle, et adressage direct à la caisse et au service médical ;
- Gestion des protocoles de soins dont demande de mise en ALD ;
- Déclaration de grossesse ;
- Gestion des prescriptions médicales de transport.

[51] La mission note que les objectifs fixés par la COG à la CNAM en termes d'accessibilité, par les professionnels de santé, de leur portail Amelipro ont été chaque année quasiment tenus voire dépassés, et même en pleine crise sanitaire, la disponibilité des applications est restée à très haut niveau :

Tableau 1 : Résultat de l'indicateur relatif au taux de disponibilité des applications entre 2018 et 2021

Libellé	Unité	2018		2019		2020		2021	
		Cible 2018	Résultats 2018	Cible 2019	Résultats 2019	Cible 2020	Résultats 2020	Cible 2021	Résultats 2021
Taux de disponibilité des applications (front office, back office, API) : Portail PS	%	99,50%	99,68%	99,55%	99,54%	99,60%	99,49%	99,64%	99,92%

Source : CNAM

[52] En revanche, l'utilisation des services proposés par la CNAM par les professionnels de ville est très variable et les cibles fixées par la COG ont été diversement atteintes :

Tableau 2 : Indicateurs d'utilisation par les professionnels de santé des téléservices

Libellé	Unité	2018		2019		2020		2021	
		Cible 2018	Résultats 2018	Cible 2019	Résultats 2019	Cible 2020	Résultats 2020	Cible 2021	Résultats 2021
Taux d'utilisation d'un bouquet de téléservices PS : Déclaration Médecin Traitant (DMT)	%	83,00%	83,31%	87,00%	84,59%	91,00%	87,15%	95,00%	91,55%
Taux d'utilisation d'un bouquet de téléservices PS : Certificat médical ATMP	%	17,00%	22,69%	21,00%	27,80%	26,00%	35,32%	30,00%	39,91%
Taux d'utilisation d'un bouquet de téléservices PS : Avis d'arrêt de travail (AAT)	%	40,00%	38,18%	50,00%	45,05%	60,00%	53,79%	70,00%	58,77%
Taux d'utilisation d'un bouquet de téléservices PS : Protocoles de soins électroniques (PSE)	%	60,00%	67,46%	66,00%	69,77%	73,00%	79,13%	80,00%	78,45%

Source : CNAM

[53] Parmi les différents téléservices mis à disposition des professionnels de santé, la mission s'est plus particulièrement penchée sur la **dématérialisation des avis d'arrêts de travail**, dans la mesure où il lui semble que c'est surtout l'utilisation maximale de ce téléservice qui permettra à la CNAM d'obtenir des gains d'efficacité, et où l'enjeu de l'amélioration de la gestion de IJ est majeur³⁰ : certains téléservices, comme la déclaration médecin traitant, est désormais à un niveau extrêmement élevé (91,55% fin 2021), et l'augmentation, certes encore nécessaire, du taux de protocoles de soins et de celui du certificat médical ATMP électroniques, ne lui paraît pas être de nature à dégager des gains d'efficacité significatifs.

[54] La COG 2018-2022 prévoit une montée en charge de la dématérialisation des avis d'arrêt de travail (AAT), avec un taux devant passer de 40% en 2018 à 70% en 2021 puis 75% en 2022. Or, **fin 2021, le taux d'atteinte était de seulement 58,77%**. Il paraît peu probable que la cible finale 2022, de 75%, soit atteinte³¹.

[55] Pourtant, la dématérialisation des AAT par les médecins est **devenue une obligation** : le code de la sécurité sociale³² dispose que « les arrêts de travail sont prescrits, sauf exception, de manière dématérialisée par l'intermédiaire d'un service mis à la disposition des professionnels de santé par les organismes d'assurance maladie ».

[56] Cette obligation est reprise dans **l'avenant 9 de la convention médicale**, qui fait de l'e-AAT l'un des téléservices à utiliser par les professionnels de santé pour pouvoir bénéficier du deuxième volet du **forfait structure**, avec la déclaration médecin traitant en ligne (DCMT), le protocole de soins électronique (PSE), la déclaration d'un certificat médical d'accident de travail ou de maladie professionnelle en ligne (CMATMP). A compter de 2022 est ajouté le service de

³⁰ Cf. note d'étape sur les indemnités journalières.

³¹ Cf. note d'étape sur les indemnités journalières.

³² Article L.161-35 CSS.

prescription électronique de transport (SPE), et à compter de 2023 le service de déclaration simplifiée de grossesse (DSG) :

Tableau 3 : Objectifs d'utilisation des principaux télé services entre 2021 et 2023 fixés dans la convention médicale

	Objectifs		
	Année 2021	Année 2022	Année 2023
AAT	60 %	80%	90%
CM AT-MP	20%	30%	45%
PSE	70%	80%	90%
DMT	90%	90%	90%
DSG	NC	30%	50%
SPE	NC	10%	30%

Source : *Avenant 9 de la convention médicale*

[57] Sur l'ensemble des cinq principaux télé services, les objectifs fixés dans la convention pour les années 2021 et 2022 ont pour certains été recalés, comparés à ceux de la COG, tout en maintenant le cap d'une augmentation forte dans les années à venir. On notera par exemple que la cible conventionnelle 2022 pour la dématérialisation des AAT est fixée à 80%, contre 75% dans la COG.

[58] L'avenant 9 prévoit que dans le cadre de la nouvelle convention 2023 qui doit être négociée entre la CNAM et la profession médicale, les indicateurs du champ « usage des télé services » soient **transférés dans le volet 1 du forfait structure** et donc conditionner le versement de l'ensemble du forfait. **La mission ne peut que soutenir ce principe, et considère qu'il est essentiel que ce point figure effectivement dans la prochaine convention. Elle recommande vivement que le principe de l'usage des télé services soit promu et réaffirmé à chaque négociation, avec toutes les professions concernées.**

[59] En termes de gains ETP, la dématérialisation quasi-totale à horizon fin de COG (à hauteur de 90% pour chaque service) notamment des certificats médicaux AT/MP et des AAT devrait permettre **un gain de l'ordre de 100 à 200 ETP** (en fonction de la montée en charge de la e-AAT en 2022)³³, avec des seuils ambitieux, dans le cadre d'une progression graduée, en même temps qu'elle doit constituer un levier important du chantier prioritaire d'amélioration de l'ensemble du processus de gestion des IJ.

³³ Pour cette estimation, la mission s'appuie sur des chiffrages, effectués par sondages par la mission IGAS d'évaluation de la COG précédente (Mission IGAS 2017-008R), de gains d'efficacité par point de télétransmission selon les processus.

1.2 L'usage de plus en plus développé du compte Ameli et de son bouquet de services par les assurés devrait désormais avoir un impact plus limité sur les gains d'efficacité du réseau

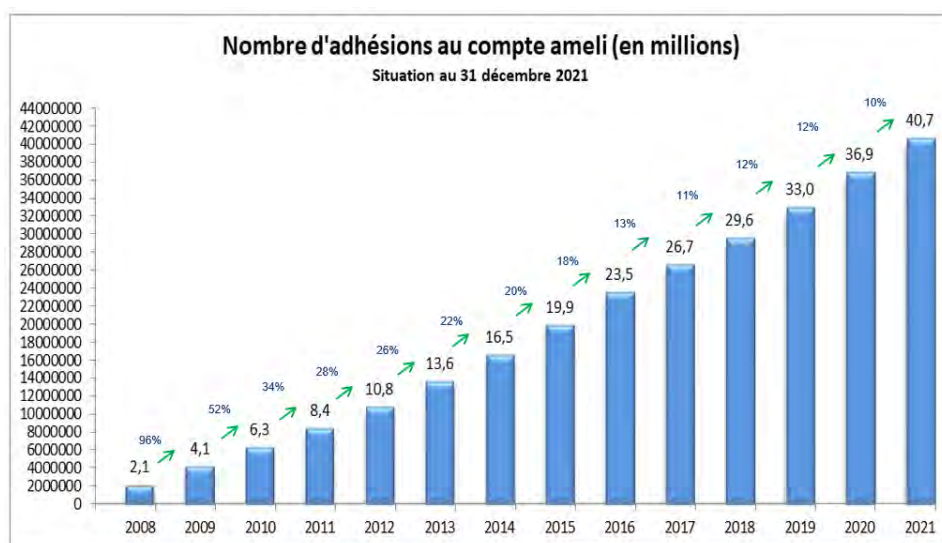
[60] La dématérialisation des échanges entre l'assurance maladie et les assurés passe par le compte Ameli. Plus les assurés l'utilisent, moins les équipes du front office de niveau 1 (que ce soit à l'accueil physique ou sur les plateformes téléphoniques), sont mobilisées. L'enjeu est ainsi fort en termes d'efficacité que les usages se généralisent.

1.2.1 Le compte Ameli est devenu le canal privilégié des échanges entre les assurés et l'assurance maladie

[61] A l'évidence, les assurés se sont, ces dernières années, globalement appropriés l'outil Ameli. La crise sanitaire, avec les périodes de confinements, a certes accéléré l'augmentation des usages, mais le phénomène d'appropriation était déjà à l'œuvre antérieurement à la crise.

[62] Les adhésions au compte ont augmenté depuis 2018 de plus de 50 %, et font suite à celles qui ont été effectuées depuis 2008, date de création du compte :

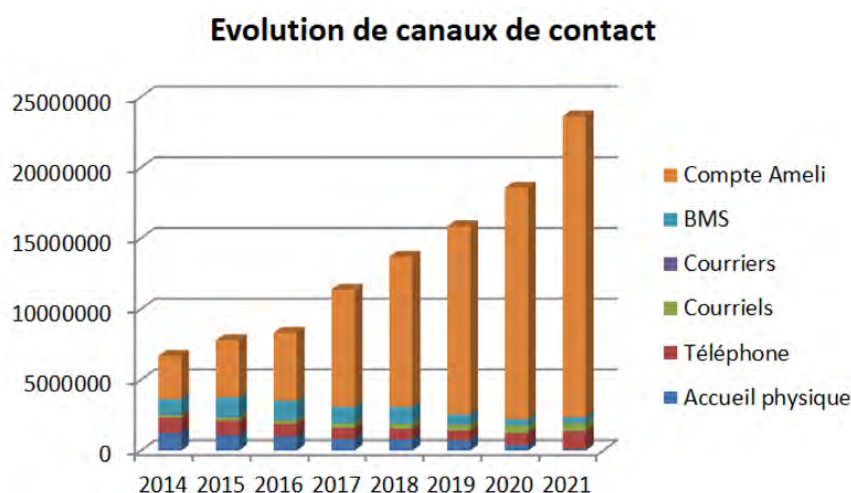
Graphique 2 : Adhésions au compte AMELI en 2021



Source : CNAM - Portail Stats Caisses

[63] A Paris par exemple, **la part des canaux dématérialisés** (site et application Ameli) dans l'ensemble des canaux de contact est passée de 45,6 % en 2014 à **90 % en 2021**, la crise ayant drastiquement fait chuter les contacts en accueil physique (passage de 795.000 assurés en 2018 à 114.000 en 2021), au profit du téléphone (de 758.000 appels en 2018 à 1.250.000 en 2022) mais surtout du compte, dont l'utilisation a doublé en quatre ans (passage de 10.610.000 sollicitations en 2018 à 21.271.000 en 2022) :

Graphique 3 : Evolution des canaux de contact de 2014 à 2021



Source : CPAM 75

[64] Pourtant, toutes les fonctionnalités ne sont pas utilisées à la même hauteur et l'outil n'est pas encore totalement abouti : la CNAM continue de développer, d'année en année, de nouvelles fonctionnalités et d'en généraliser les supports (web, smartphone, tablette, borne interactive). En 2021, neuf téléservices ont été installés, pour certains en pré-série comme la déclaration de ressources pour les personnes en invalidité accessible depuis le compte ameli web, donc en expérimentation dans certaines caisses seulement, avec une généralisation prévue pour 2022³⁴.

Les nouveaux téléservices prévus pour 2022 :

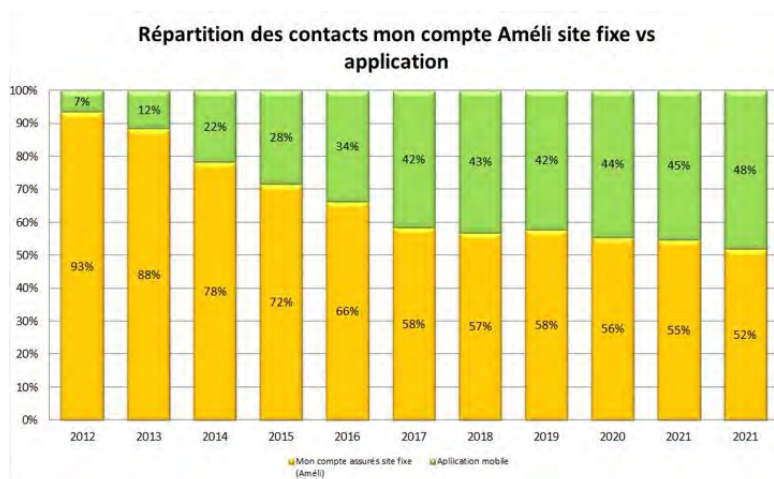
- la prise d'un rendez-vous téléphonique depuis le compte ameli web ;
- la demande de C2S en ligne avec le DRM sur l'application smartphone ;
- la mise en conformité avec l'accessibilité numérique (sur le web et sur smartphone) : déclaration perte/vol de carte vitale, commande de carte vitale, commande de CEAM, attestation de droit, attestation d'indemnités journalières, changement d'adresse postale, demande de C2S ;
- la mise en avant du chatbot comme premier canal de contact sur le smartphone (fin de l'écriture directe d'un mail) ;
- la demande de procuration en ligne sur le compte ameli web ;
- la demande de remboursement d'une feuille de soins médecin sur l'application smartphone ;
- l'expérimentation d'un chatlive sur le compte ameli web (avec 2 CPAM).

[65] Afin d'augmenter les taux d'utilisation, la CNAM a aussi développé petit à petit le multi-écrans, mettant à disposition au fur et à mesure ses téléservices sur application smartphone et tablette. Tous ne le sont pas encore, à date, la prise de rendez-vous par exemple n'est pas encore disponible sur smartphone. **Au global, 75 téléservices sont actuellement accessibles, la quasi-totalité sur Ameli Web, et 2/3 d'entre eux sur l'application.**

³⁴ Cf. LR-DDO-12/2022

[66] A fin avril 2022, on compte 63,4 millions de connexions en moyenne mensuelle au compte Ameli, dont 30,4 millions de connexions sur application mobile pour 33 millions via le site web, sachant que la part des connexions sur smartphone augmente d'année en année :

Graphique 4 : Répartition des contacts du compte AMELI (site fixe et application)



Source : CNAM –

[67] Par ailleurs, dans le cadre de sa stratégie multicanale, la CNAM a développé toute une gamme **d'outils pour inciter les assurés à utiliser leur compte Ameli**, que ce soit par des tutoriels en ligne via You Tube, l'accompagnement de ceux qui se déplacent sur site ou appellent au téléphone pour leur apprendre à créer un compte et à l'utiliser... Une matrice d'orientation multicanale a ainsi été déployée au sein du réseau courant 2021 pour faciliter l'orientation par les agents, selon les profils et motifs d'appels, vers le compte Ameli en priorité. Elle a aussi récemment développé de nouveaux services pour mieux répondre aux besoins des publics sourds et malentendants ou des assurés ne maîtrisant pas ou peu le français.

1.2.2 Les objectifs prévus à la COG ont, sauf exception, tous été dépassés, et les gains d'efficience restant paraissent très limités

[68] Deux objectifs n'ont pas été atteints : le taux de déclaration du nouveau-né, dont les trois-quarts étaient effectués en 2021 virtuellement alors qu'il était prévu 95%, et le taux de déclaration trimestrielle sur l'honneur invalidité, nul ou quasi nul jusque fin 2021 car le service n'a commencé à être testé qu'en 2021 (pré-série sur une douzaine de caisses), avec une généralisation prévue en 2022 à l'ensemble des CPAM.

[69] Sinon, toutes les cibles fixées par la COG à horizon 2022 ont été dépassées dès 2021 (pour mémoire, les cibles 2022 : relevé IJ 95%, demande de carte Vitale : 70%, attestations de droits : 83%, déclaration nouveau-né : 95%, déclaration trimestrielle sur l'honneur invalidité : 80%).

Tableau 4 : Résultats des indicateurs de suivi des taux d'utilisation des télé services par les assurés et les professionnels de santé

Libellé	Unité	2018		2019		2020		2021	
		Cible 2018	Résultats 2018	Cible 2019	Résultats 2019	Cible 2020	Résultats 2020	Cible 2021	Résultats 2021
Taux d'utilisation d'un bouquet de télé services assurés : Relevé IJ	%	91,00%	93,73%	92,00%	92,87%	93,00%	90,22%	94,00%	96,57%
Taux d'utilisation d'un bouquet de télé services assurés : Demande de carte Vitale	%	40,00%	44,73%	50,00%	58,40%	60,00%	65,65%	65,00%	78,00%
Taux d'utilisation d'un bouquet de télé services assurés : Attestations de droits	%	70,00%	92,20%	77,00%	93,57%	77,00%	95,31%	80,00%	95,94%
Taux d'utilisation d'un bouquet de télé services assurés : Déclaration nouveau né	%	30,00%	36,52%	50,00%	44,50%	75,00%	53,82%	95,00%	72,33%
Taux d'utilisation d'un bouquet de télé services assurés : Déclaration trimestrielle sur l'honneur invalidité	%	/	/	25,00%	ND	50,00%	ND	75,00%	ND

Source : CNAM.

[70] Ces évolutions des pratiques ont assurément contribué à renforcer l'efficacité de l'assurance maladie au cours de la COG 2018/2022 : les effectifs affectés au processus Gestion des bénéficiaires ont ainsi été réduits de 632 entre 2017 et 2021 (3 079 à 2 447 ETP), soit une baisse de 20,5%, ce qui en fait un processus très fortement contributeur à l'effort d'efficacité. Entre 2017 à 2021, la productivité du processus de gestion des droits de base a été particulièrement forte (+34,3%)³⁵.

[71] La mise en œuvre de la PUMA en elle-même a largement contribué à cette évolution en réduisant de façon globale la charge de mise à jour annuelle des droits. Par ailleurs, certains applicatifs facilitant la gestion automatisée des mutations (Optima ou gestion des mutations par la DSN) ont été déployés et ont de même contribué à cette diminution des effectifs constatée.

[72] Il est vraisemblable que les usages du compte vont encore continuer à croître, au fur et à mesure de l'implémentation de nouveaux services et de l'habitude prise par les assurés. Il **manque notamment encore la capacité à envoyer via le compte Ameli des pièces jointes**, ce qui induit des envois postaux, des plis déposés en accueil voire des sollicitations physiques. Le dépôt de feuilles de soins papier par scannerisation est à date en expérimentation dans une dizaine de CPAM, et ne sera disponible que sur smartphone, comme le dépôt de certificat médical (déjà implémenté).

[73] Enfin, au-delà de la simple pièce jointe, la CNAM prévoit de permettre aux assurés de **saisir eux-mêmes en ligne leur feuille de soins** lorsqu'elle a été délivrée par le professionnel de santé

³⁵ Voir Note d'étape sur la trajectoire en effectifs de la COG 2018- 2022 et mise en perspective pour la prochaine

sous format papier. Elle a déjà mis en œuvre cette fonctionnalité pour les personnes intolérantes au gluten, qui peuvent, depuis 2020, effectuer eux-mêmes la demande de prise en charge des produits (7.500 demandes par mois actuellement en moyenne).

[74] Cependant, la mission considère que **les gains d'efficience liés à la dématérialisation ont pour l'essentiel été effectués au cours des dernières années**, notamment en 2021 et 2022. Les CPAM ont pu, du fait des nouvelles habitudes prises pendant les confinements, réduire le nombre et la durée des accueils physiques³⁶. La qualité de service à l'égard des personnes précaires et/ou souffrant d'illectronisme ou d'une difficulté de compréhensions de prestations parfois complexes, conduit à devoir maintenir suffisamment d'accueils physiques, et les rendez-vous téléphoniques resteront nécessaires pour un certain nombre d'opérations plus complexes, qui ne pourront pas être prises en charge, en toute autonomie, par l'assuré.

[75] Les gains attendus pourraient être estimés entre 100 et 300 d'ETP pour la COG à venir (en fonction notamment des taux atteints fin 2022)³⁷.

1.2.3 La dématérialisation des contacts avec les entreprises pourrait être une source de gains non négligeables

[76] Une mission IGAS étant menée sur l'évaluation de la COG AT/MP, la présente note se concentre sur les outils qui ont pu avoir, et pourraient avoir un impact en termes de gains d'efficience.

[77] La COG prévoyait que la CNAM mette spécifiquement en place une **stratégie digitale en direction des entreprises**, avec un co-pilotage branche maladie/branche ATMP. Etait notamment prévue la mise en place d'un bouquet de services à partir du compte entreprise.

[78] Ces services sont adossés au portail Net-Entreprise, géré par le GIP MDS (Modernisation des cotisations sociales) sur lequel les entreprises peuvent déclarer et télépayer toutes leurs cotisations sociales. Le bouquet de services dématérialisés s'est enrichi progressivement. Il concerne désormais notamment la déclaration des accidents du travail (e-DAT), le compte AT/MP notifiant le taux de cotisation, et la transmission des attestations de salaire qu'elles soient liées à la maternité, aux accidents du travail ou à la maladie³⁸.

[79] La COG 2018-2022 n'a prévu qu'un seul indicateur lié aux services dématérialisés à destination des entreprises : le taux de dématérialisation des déclarations d'accidents du travail. Il est, fin 2021, de près de 80% (79,60%), et a été systématiquement légèrement supérieur à la cible annuelle pendant toute la période :

Tableau 5 : Taux utilisation de l'e-DAT, cibles COG et résultats entre 2018 et 2022

Libellé	Unité	2018		2019		2020		2021	
		Cible 2018	Résultats 2018	Cible 2019	Résultats 2019	Cible 2020	Résultats 2020	Cible 2021	Résultats 2021

³⁶ Cf. note sur l'organisation du réseau

³⁷ Pour cette estimation, la mission s'appuie sur des chiffrages, effectués par sondage par la mission IGAS d'évaluation de la COG précédente (Mission IGAS 2017-008R), de gains d'efficience par point de télétransmission selon les processus.

³⁸ D'autres services sont proposés, comme l'accès aux bordereaux de paiement en cas de subrogation, des guides de bonnes pratiques pour prévenir les risques professionnels, ou la demande de subventions pour les très petites entreprises pour l'achat d'équipements ou le financement de formations en matière de prévention...

Taux d'utilisation d'un bouquet de téléservices employeurs : Taux d'utilisation de la déclaration d'accident du travail en mode EDI (EDAT) par les employeurs	%	73,00%	74,18%	75,00%	77,66%	77,00%	77,43%	79,00%	79,60%
---	---	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

Source : CNAM

[80] Comme on le voit, les entreprises ont intégré l'utilisation du mode dématérialisé de la déclaration d'accident du travail. Il est fort probable que l'année 2022 verra encore croître ce taux, d'autant que les employeurs passeront désormais systématiquement par le compte AT/MP pour consulter leurs taux de cotisations (cf. ci-dessous) et que la CNAM prévoit un portail unique pour l'ensemble des services dédiés, ce qui ne peut que les inciter à utiliser aussi l'e-DAT. **Les gains d'efficience semblent désormais quasi épuisés sur ce volet.**

[81] Le **compte AT-MP** de son côté permet aux employeurs de consulter en ligne leur taux de cotisation notifié (dont calcul du détail du taux, suivi en temps réel des AT/MP impactant leur futurs taux...). **Ce service, gratuit, remplace la notification par courrier postal envoyée aux établissements** en début d'année par les caisses régionales, et en cours d'année lors d'un recalcul de taux.

[82] **Depuis le 1^{er} janvier 2022, toutes les entreprises ont l'obligation d'adhérer au compte AT/MP³⁹**, après une montée en puissance progressive (au 1^{er} janvier 2020 pour les entreprises d'au moins 150 salariés, sauf opposition de leur part, au 1^{er} janvier 2021 pour les entreprises d'au moins 10 salariés et au 1^{er} janvier 2022 pour l'ensemble des entreprises). Elles risquent des pénalités financières en cas de non adhésion⁴⁰.

[83] Pendant la période de la COG, les entreprises ont logiquement de plus en plus adhéré à ce compte en ligne. Selon la CNAM, 60% des deux millions d'entreprises du régime général adhèrent aujourd'hui au compte AT/MP, en particulier les plus grandes (80%, les entreprises de plus de 150 salariés). Depuis janvier 2022, une fois le compte AT/MP créé, l'abonnement au service de dématérialisation de la notification est réalisé de façon automatique par les caisses régionales. Là encore, **de forts gains d'efficience auront été gagnés pendant la période de la COG 2018-2022, ils seront résiduels désormais.**

[84] Il en va autrement de la **déclaration de salaire** en cas notamment d'arrêt de travail⁴¹. On rappellera ici que les entreprises doivent effectuer une attestation de salaire (DSIJ) auprès de l'assurance maladie pour que celle-ci puisse examiner le droit aux indemnités journalières de l'employé, calculer l'indemnité et la verser, soit au salarié, soit à l'entreprise en cas de subrogation. L'entreprise passe soit par le site Net-Entreprises, soit par la déclaration sociale nominative (DSN) événementielle, soit fait sa déclaration manuellement. **95 % des informations arrivent aujourd'hui via un échange de données issues soit d'une saisie manuelle des entreprises sur le portail Net-Entreprises soit via l'usage de la DSN événementielle.**

[85] Or l'utilisation de la DSN permet un taux d'erreurs inférieur de moitié par rapport à la saisie manuelle (5% de rejets contre 11%), ce qui induit une amélioration significative de la

³⁹ Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

⁴⁰ Pénalités calculées sur la base d'un pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) par salarié dans les effectifs, pourcentage progressif selon la taille de l'entreprise.

⁴¹ Cf. pour toute cette partie sur la DSIJ la note d'étape sur les IJ.

productivité. Au cours de la COG précédente, le gain réalisé avec l'utilisation de la DSIJ-DSN était estimé à **150 ETP** par la CNAM (12,5 M d'attestations de salaires, 80% télétransmises. 43% d'entre elles via la DSN)⁴². Sachant que désormais, en 2022, la part d'utilisation de la DSN par rapport à Net-Entreprises est de 63,7%, on peut considérer qu'à nombre d'IJ constant, **la généralisation du passage à la DSN induirait à nouveau le même ordre de grandeur de gains d'ETP, voire plus dans la mesure où le front office est désormais surchargé d'appels liés aux délais de paiement**. Cette mesure constituerait en outre un autre levier important du chantier d'amélioration de l'ensemble du processus de gestion des IJ.

2 Les outils métiers, dont la rénovation aurait dû aboutir en fin de COG actuelle, représentent pour la prochaine COG un potentiel de productivité, toutefois difficile à chiffrer et incertain dans sa temporalité

2.1 Les gains d'efficacité que devait apporter la rénovation des principaux logiciels de gestion ces dernières années devraient se réaliser au cours de la prochaine COG

2.1.1 De nombreux chantiers métiers, qui auraient dû être achevés avant la fin de la COG, sont encore en cours, voire en début de lancement

[86] Le SDSI 2018-2022 listait un ensemble de projets à mettre en œuvre en cours de COG, d'importance et d'ampleur inégale, certains étant fléchés comme « projet prioritaire informatique » (PPI). En cours de mise en œuvre de la COG, a par ailleurs été utilisée la notion de « projets sensibles », dont la liste recoupe en grande partie les projets initialement considérés comme prioritaires. Ces projets concernent les principaux processus de gestion des caisses et du service médical, et consistent **soit en une large refonte de l'outil existant, soit du remplacement du logiciel existant par un nouveau**.

Tableau 6 : Principaux applicatifs par grands processus de gestion prévus au SDSI

Prise en charge des indemnités journalières⁴³ : applicatif PROGRES puis ARPEGE. L'outil jusqu'à présent utilisé est PROGRES. Le SDSI prévoyait sa profonde rénovation, au vu de nombreuses difficultés rencontrées (maintenance difficile d'une technologie du début des années 90, évolutivité difficile des règles de gestion...). L'intégration du RSI a été pour la CNAM l'occasion de mettre en place l'outil ARPEGE, tout d'abord pour les indépendants. Malgré les dysfonctionnements des débuts, l'outil ayant montré une différence positive sensible par rapport à PROGRES (optimisation de la gestion des contrôles, pilotage de bout en bout du processus, facilitation du requêtage...), il s'agit en seconde phase d'élargir l'utilisation de l'applicatif pour les travailleurs salariés. A terme, toutes les prestations en espèces ont vocation à être prises en charge dans le cadre d'ARPEGE. On notera qu'ARPEGE TI est moins sensible aux variations effectives de la charge de traitement arrivée en caisse, tout en maintenant une qualité

⁴² Pour cette estimation, la mission s'appuie sur des chiffrages effectués par la mission IGAS d'évaluation de la COG précédente (Mission IGAS 2017-008R).

⁴³ Cf. aussi la note d'étape sur les indemnités journalières

et des délais de versement satisfaisants, l'outil permettant de bénéficier d'automatisations sur certaines tâches de nature à améliorer, de façon générale, les délais de paiement des IJ.

Gestion des frais de santé : applicatif METEORe (anciennement @tom, qui est le moteur de tarification et de contrôle de la MSA repris et intégré dans le SI de la CNAM). Cet applicatif a pour objectif la refonte de la gestion des frais de santé depuis le contrôle et la tarification jusqu'à la mise en paiement des prestations. Il s'agit plus particulièrement de faire évoluer les briques du système d'information en charge du contrôle et de la tarification, de l'ordonnancement, du contrôle de conformité et de cohérence comptable, et d'intégrer l'outil dans le portail agent. En effet, les outils actuels ne permettent pas un traitement en temps réel, rendent compliqués les paiements de type forfaits, et deviennent, de par leur obsolescence, difficiles à maintenir.

Gestion des AT/MP : applicatif ATEMPO. L'outil ATEMPO a vocation à se substituer à l'application Orphée, obsolète. 8 étapes sont prévues, avec un décommissionnement progressif d'Orphée, au fur et à mesure de la mise en œuvre des différents paliers. Il doit faire preuve d'une meilleure adaptabilité (prise en compte facilitée des évolutions législatives et réglementaires), et d'une meilleure ergonomie pour les agents (échancier unique...).

Activités du service médical : applicatif MATIS (Médical Applicatif Traitements Instances Système) correspond à la refonte du système applicatif du service médical (SM), et a vocation à terme à remplacer l'outil actuel Hippocrate, jugé obsolète. Contrairement à Hippocrate, MATIS est destiné à être intégré dans l'ensemble des systèmes d'information du réseau assurance maladie et être interfacé avec les SI des services administratifs. Adossé au portail agent, il vise aussi à regrouper tous les applicatifs actuellement utilisés par les agents du service médical, parfois en même temps. Sur le plan métier, il permettra notamment d'effectuer des traitements et ciblage sur le flux des arrêts de travail plutôt que d'utiliser les résultats de la « requête unique, dite RU »⁴⁴. Son développement est prévu en plusieurs paliers. Le premier palier permet le traitement des indemnités journalières par le service médical et la mise à disposition des décisions médicales au service administratif, avec une injection des données automatisée ou dans un instancier dédié.

Gestion de la protection universelle maladie : applicatif PUMA. Cet outil est destiné à la gestion individuelle des bénéficiaires de la protection universelle maladie, avec notamment le contrôle de l'activité, de la résidence et de la régularité des assurés, via des échanges de données avec des institutions comme la DGFIP, l'OFII⁴⁵ (pour les demandeurs d'asile), la DGEF⁴⁶ au ministère de l'intérieur... Les travaux de modernisation avaient commencé avant 2018, et de nouvelles fonctionnalités devaient être livrées pendant l'actuelle COG, avec notamment la mise à jour automatique des dossiers lors de retours positifs de la DGFIP, la gestion des mutations inter-régions, l'utilisation de la DSN comme source de données, et surtout les échanges de données avec les partenaires, pour effectuer les contrôles d'activité, de résidence et de régularité des ressortissants hors Europe.

Gestion des droits à la complémentaire santé solidaire : applicatif INDIGO. INDIGO consiste en la refonte de l'application « base ressources », afin de permettre une gestion des droits aux

⁴⁴ Repérage des arrêts en cours, en fonction de leur durée, et des arrêts proches de ces échéances (susceptibles d'avoir à être contrôlés dans les semaines suivantes) ; repérage de groupes d'assurés dont les arrêts sont prescrits par un même prescripteur...

⁴⁵Office français de l'immigration et de l'intégration

⁴⁶ La direction générale des étrangers en France gère l'application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France (AGDREF).

prestations qui nécessitent une instruction spécifique, et notamment l’instruction des prestations à destination des publics précaires. Projet démarré au cours de la COG précédente, les évolutions attendues entre 2018 et 2022 étaient essentiellement l’accès et la visualisation de données émanant de partenaires, voire leur injection automatique d’informations quand nécessaire, l’accrochage au téléservice du compte assuré (automatisation d’envois de notification...) et l’intégration de l’applicatif dans le portail agent.

Facturation individuelle des établissements de santé : Programme 3. La CNAM devait poursuivre l’interopérabilité de son SI avec celui des hôpitaux, avec notamment la généralisation de la facturation directe. Celle des actes et consultations externes, via FIDES, est désormais quasi achevée. Celle des séjours et activités à forfaits (urgences notamment) reste à être déployée⁴⁷, en intégrant les nouvelles modalités de facturation des passages aux urgences. Le nouveau calendrier prévoit le lancement de la généralisation début 2024 et son aboutissement en 2027. Si la facturation directe induit des gains intéressants pour les ES et en temps pour le patient, elle conduit à faciliter les traitements et réduire les rejets par l’assurance maladie.

Gestion de l’invalidité : applicatif SCAPIN. L’application SCAPIN est dédiée à la gestion de l’invalidité. Elle aussi obsolète, elle présente des temps de réponse pour la consultation parfois très longs, entraîne des retards de versement... Sa refonte implique notamment l’instruction et le pilotage du processus, le suivi du dossier et de la carrière avec des éléments issus de la CNAV, l’automatisation de la partie fiscalisation grâce à un lien avec la DGFIP (CASA, CRDS, CSG), la systématisation des contrôles à la mise en paiement... La refonte était dès 2018 prévue pour la COG suivante, avec des études qui devaient démarrer en 2021, et qui ont été repoussées en 2022.

Gestion des fonctions support :

- **SIRH.** La rénovation de l’outil informatique de gestion administrative du personnel (paie et gestion des emplois et compétences) doit améliorer les capacités de pilotage RH nationales et locales, automatiser la fourniture d’indicateurs et la saisie de données, dématérialiser les bulletins de paie... Ce projet s’inscrit dans le cadre du schéma stratégique des systèmes d’information de la sécurité sociale (SSSI), élaboré en 2018, et qui prévoit la mutualisation interbranches d’outils destinés aux fonctions support, dont l’acquisition ou le développement d’un outil commun de SIRH. Ce dernier est piloté par la CNAF.
- **SI budget-achats-marchés -comptabilité, COPERNIC.** Obsolescent, sa refonte doit notamment permettre de gérer de bout en bout les différentes étapes relatives à la gestion des dépenses, du budget à l’inventaire en passant par les achats, la gestion de marché et la comptabilité. Le suivi des dossiers, le requêtage et la sécurité des échanges et des données doivent en être améliorés.

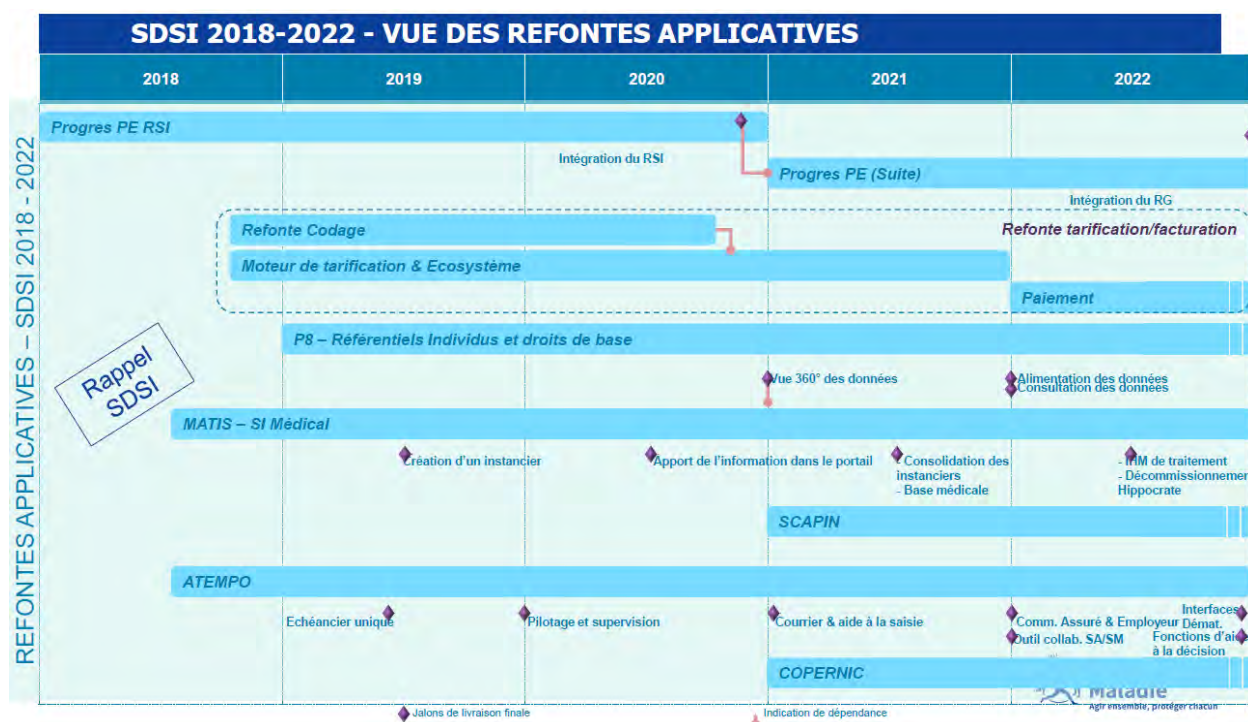
Source : *Mission*.

⁴⁷ Son principe a été réaffirmé dans la LFSS 2022.

[87] D'autres outils visant à améliorer et simplifier les modalités de travail des agents en caisse (DIAPASON⁴⁸, CODAGE⁴⁹, référentiel IPC⁵⁰ par exemple) étaient aussi prévus au SDSI et ont vocation à contribuer à l'augmentation de l'efficacité globale des équipes de production dans les organismes.

[88] Le planning initial prévu dans le cadre du SDSI prévoyait **la fin du développement et du déploiement des principaux applicatifs de gestion pour la fin de la COG 2018-2022**, avec un certain nombre d'avancées en cours de projets (« paliers »), qui devaient apporter d'ores et déjà, pendant la période ouverte par la COG, outre des améliorations sensibles en termes de conditions de travail des agents, des gains d'efficacité.

Schéma 2 : Calendrier des refontes applicatives prévu dans le SDSI



Source : CNAM – Bilan des projets sensibles du SDSI 2018-2022 – avril 2022

[89] Or au moins en partie du fait de la crise qui a conduit la CNAM à devoir réallouer ses ressources humaines et financières vers le développement d'outils spécifiques à la gestion de la crise Covid⁵¹, ainsi qu'à la création, en cours de COG, de l'Espace numérique en santé dit Mon Espace Santé, ces projets structurants ont vu leur **calendrier être différé** pour n'être opérationnels, pour la grande majorité, qu'à l'horizon de la prochaine COG, voire au-delà :

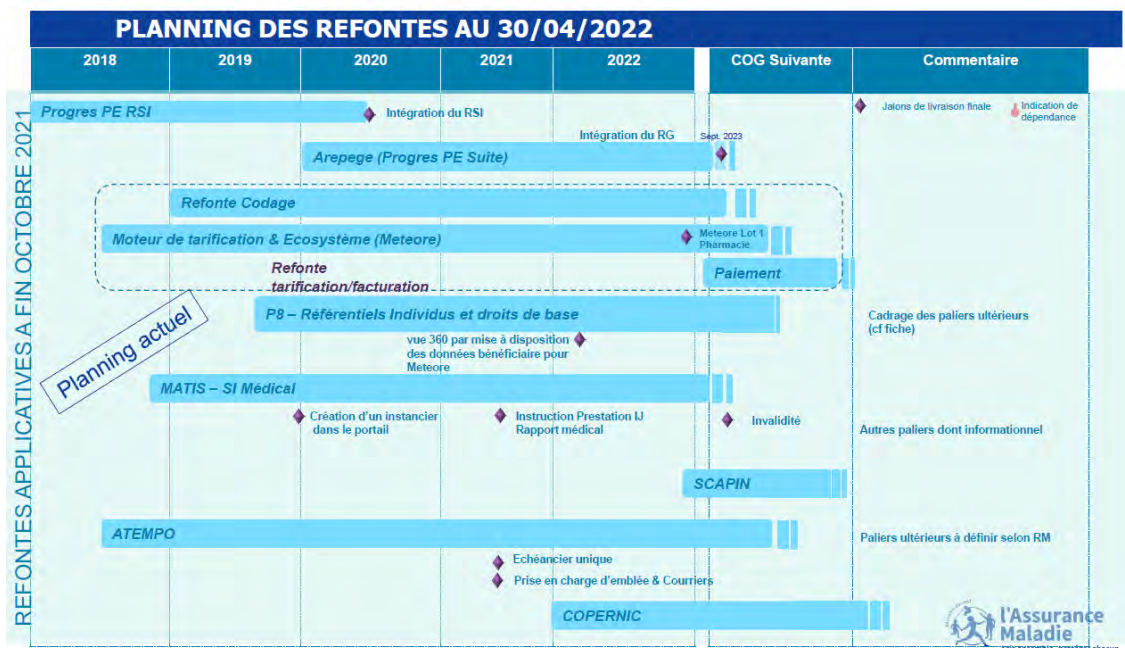
⁴⁸ Projet de fusion des deux solutions de numérisation des flux papier, avec une alimentation automatique des applications ou chaînes de traitement de métier et un stockage des documents numérisés.

⁴⁹ Refonte de l'outil de gestion, de diffusion et de publication des nomenclatures : base des médicaments (BDM), liste des produits et prestations (LPP), classification commune des actes médicaux (CCAM), nomenclature des actes de biologie médicale (NABM)

⁵⁰ Le référentiel IPC (Individu, Protection, Couverture) doit remplacer plusieurs outils existants sur les COG 2018-2022 et 2023-2027, pour transformer le compte assuré (actuellement en format « famille ») en compte individuel (cf. l'individualisation des prestations, comme la PUMA), apporter une « vision 360° » à l'agent sur les informations concernant l'assuré...

⁵¹ Notamment Declare.ameli, Contact Covid, SI Vaccin, DIPA (indemnisation de perte d'activité),

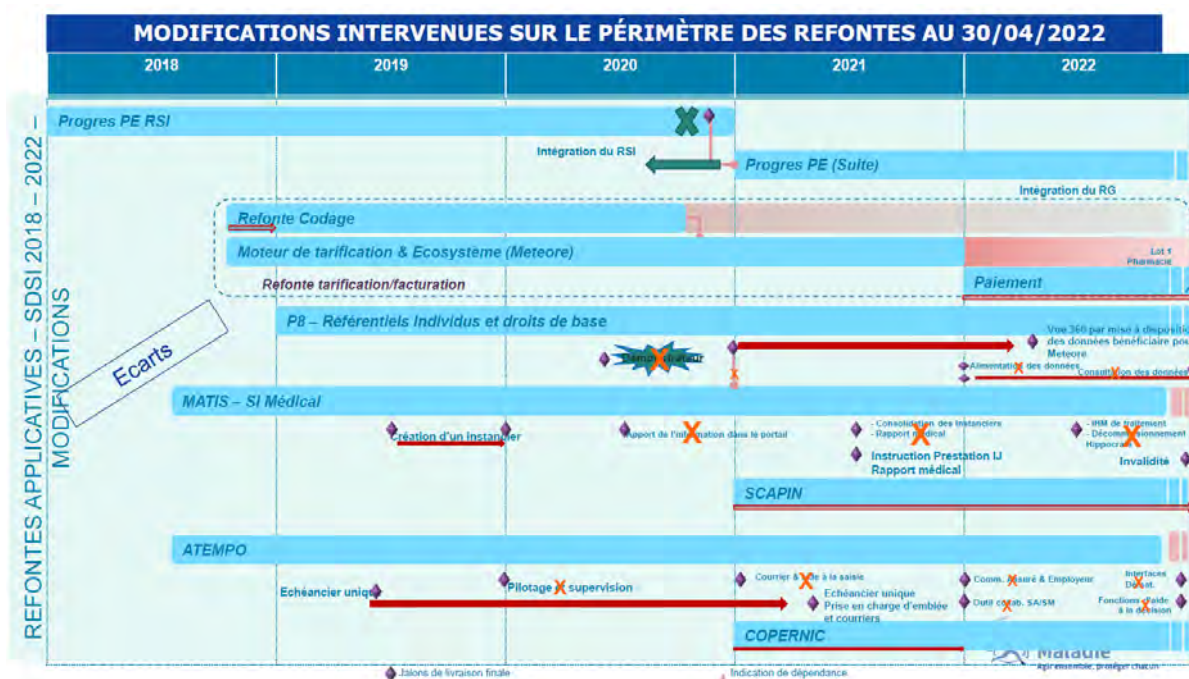
Schéma 3 : Mise à jour du calendrier des refontes des applicatifs fin avril 2022



Source : CNAM - Bilan des projets sensibles du SDSI 2018-2022 – avril 2022

[90] Ces décalages impliquent ainsi de **nombreuses mises en production à horizon 2023 ou 2024** selon la DDSI, de projets initialement prévus pour être terminés pendant la période de la COG. Ils signifient que **de nombreuses fonctionnalités, qui auraient dû être livrées dans le courant de la COG, ne le seront au mieux que dans les années à venir**, comme l'illustrent les nombreuses croix orange sur le schéma suivant :

Schéma 4 : Mise en œuvre effective des refontes des applicatifs fin avril 2022



Source : CNAM - Bilan des projets sensibles du SDSI 2018-2022 – avril 2022

2.1.2 Les organismes, en forte attente sur les nouveaux outils SI métiers, ont très peu de visibilité sur leur état d'avancement et s'inquiètent des conditions de déploiement à venir

[91] De nombreux interlocuteurs de la mission qu'elle a pu rencontrer au sein des organismes, lui ont fait part d'une grande déception à ne pas avoir pu bénéficier des nouveaux outils, des nouvelles fonctionnalités que promettait le SDSI pendant la période de la COG. Ce SDSI a en effet généré une forte attente, à la mesure des difficultés d'utilisation que génèrent les outils actuels, pour beaucoup quasi obsolètes.

[92] Ils comprennent certes que le développement des outils de gestion de la crise sanitaire soit devenu la grande priorité en 2020-2021, mais les organismes ont tellement besoin d'outils métiers rénovés qu'ils vivent très péniblement cette période d'attente avant que les projets n'aboutissent enfin.

[93] Cette attente s'accompagne aussi d'inquiétude. Les directions de caisses rencontrées par la mission ont le sentiment d'avoir très peu de visibilité sur ces différents chantiers. Elles disent manquer d'informations sur leur état d'avancement, malgré certains ateliers en 2021 qui ont été organisés, par exemple sur Arpège TS, pour recueillir leurs attentes, et la mise à disposition du réseau des comptes rendus du comité des utilisateurs informatiques. Elles s'inquiètent notamment de savoir si leurs attendus en matière d'automatisation de certaines tâches (notamment contrôles embarqués) ont été pris en compte.

[94] La CNAM est consciente des besoins d'interactions avec le réseau et partage notamment sur l'Extranet de la branche différents types de documents, par exemple ceux issus des travaux du comité des utilisateurs informatiques (CUI).

[95] Concernant les déploiements à venir, l'inquiétude résulte notamment du mécontentement exprimé par les organismes rencontrés quant aux conditions de déploiement des différents outils ou de tests effectués dans les dernières années. Des phases de pré-série/pré-production sensibles comme pour les logiciels ATEMPO ou INDIGO semblent ne pas avoir été suffisamment préparées ni accompagnées par le siège, entraînant même, aux dires de caisses, de fortes pertes de productivité dans les premiers mois d'utilisation (certaines d'entre elles évoquant 30 à 50%, sans que la mission n'ait été en mesure de le vérifier), du fait de nombreux dysfonctionnements et régressions technico-fonctionnelles. Les bascules ne se faisant pas complètement, la montée en charge du déploiement peut durer plusieurs mois voire plusieurs années, créant des difficultés supplémentaires pour les équipes métiers sur le terrain. La montée en charge d'ATEMPO par exemple conduit à manipuler plusieurs logiciels, et ressaisir des informations dans Orphée, ce qui conduit à dégrader les conditions de travail et la productivité des agents, à l'opposé de l'objectif attendu.

[96] Concernant **MATIS**, prévu initialement pour 2019-2020, il fait l'objet, depuis mai 2021, d'un déploiement dans les ELSM de la région Auvergne Rhône Alpes ainsi que dans l'ELSM du Vaucluse, sa généralisation progressive étant prévue à partir de janvier 2023. Certains services médicaux rencontrés par la mission lui ont exprimé une forme de **déception quant aux délais de livraison de MATIS IJ, dont la généralisation a été repoussée régulièrement du fait des versions non stabilisées**, et une **inquiétude sur le temps d'appropriation et de montée en charge** au sein de leurs équipes. Ils demandent à être accompagnés dans le plan de déploiement.

[97] Certaines caisses ont aussi fait part à la mission de leur **préoccupation concernant le portail agent**, dont l'architecture a vocation à héberger l'ensemble des nouvelles applications métiers développées. Elles évoquent **une instabilité et des dysfonctionnements récurrents**, qui les laissent dubitatives quant à la capacité du portail à tenir ses promesses, au moins dans les premiers temps de son déploiement.

[98] Au regard des capacités d'adaptation dont ont fait preuve les services SI pendant la crise, elles comprennent d'autant moins pourquoi le déploiement des outils métiers s'effectue aussi difficilement pour les équipes métiers, dans des délais aussi longs et avec une faible visibilité.

2.1.3 L'évaluation par la CNAM des gains d'efficience liés aux outils de gestion reste limitée malgré l'importance et le coût des chantiers de refonte, et incertaine quant au séquençage des restitutions possibles en cours de COG.

[99] La mission avait demandé à la CNAM le retour sur investissement (ROI) en matière d'efficience RH pour chaque projet de refonte ou de développement de ses outils de gestion. La CNAM lui a fourni, pour certains processus, des estimations qui globalisent les gains, gains auxquels contribue largement l'applicatif de gestion, mais pas exclusivement.

[100] **Sur le processus gestion des IJ**, la CNAM prend en compte les 2 leviers que sont la poursuite de la dématérialisation (versant professionnels de santé l'AAT en ligne, versant employeurs la DSIJ/DSN) et le déploiement du nouvel applicatif ARPEGE TS. Elle évalue le **gisement de gains global à environ 550 ETP**, ce qui, au vu des estimations de la mission sur les gains liés à la dématérialisation AAT (au moins une centaine) et DSIJ/DSN (de l'ordre de 150), correspondrait à un **ordre de grandeur de 300 ETP pour ARPEGE**, ce qui paraît cohérent.

[101] En termes de calendrier, la CNAM fait état d'une récente remobilisation de CDI dans les caisses pour faire face à la persistance dans le temps de la surcharge de travail liée à la gestion des IJ. Cette majoration des moyens pérennes viendrait nécessairement s'imputer sur la trajectoire de la COG à venir, tout comme le calendrier de déploiement de l'outil et de son cycle d'appropriation par le réseau⁵².

[102] **Le processus de gestion de la C2S** implique l'applicatif INDIGO. Parmi les principaux éléments de productivité figurent l'accrochage au dispositif de ressources mensualisées (DRM)⁵³, et la montée en charge du téléservice de demande C2S qui devrait en 2022 être articulé avec INDIGO

[103] La CNAM considère que ces outils devraient procurer des **gains bruts notables** sur le début de la prochaine COG (le projet de complétude fonctionnelle d'INDIGO étant reporté à 2023, la mission serait plus prudente sur le calendrier), mais **n'a pas fourni de chiffres** à la mission. Ceux-ci pourraient toutefois être partiellement neutralisés par la charge très dynamique attendue sur le processus, tant du fait de l'accroissement du nombre de bénéficiaires (effet gisement sur le potentiel actuel et impact d'éventuelles mesures de relèvement de plafond) que de la forte progression de la part des CPAM dans la C2S contributive. Par ailleurs, l'intégration de la prestation dans le champ d'une réforme d'attribution à la source des prestations sous conditions

⁵² Voir supra

⁵³ Le dispositif de ressources mensualisées permet aux organismes de sécurité sociale d'obtenir directement des informations sur la nature et le montant des revenus d'activité salariée et issus de prestations sociales versés aux assurés. Cf. [Décret n°2021-1642 simplifiant l'accès à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale.](#)

de ressources pourrait avoir un impact sur le processus, sans que la CNAM n'ait à ce stade conduit d'étude d'impact.

[104] Les gains liés à la **gestion des AT/MP** passent pour les années à venir par la mise en œuvre de l'applicatif ATEMPO. La CNAM chiffre à une **centaine d'ETP maximum** le gisement de productivité, du fait des effectifs relativement faibles qui s'y consacrent, de l'évolution de la charge (augmentation des risques psycho-sociaux) et du besoin de sécurisation juridique et financier du processus.

[105] Concernant les **outils de gestion des fonctions supports** (SIRH et refonte du SI budgétaire/achats), sources d'optimisation vraisemblable, l'avancée et le calendrier des travaux ne permettent pas de tabler sur des gains significatifs sur la COG prochaine. Les gains seraient, selon la CNAM, plutôt positionnés sur la suivante, d'autant que le chantier devra être mené en interbranche.

[106] De même, la **gestion des frais de santé**, avec le projet de refonte METEORE, pourrait selon la CNAM induire des gains en deuxième partie de COG 2023-2027, mais l'enjeu de transformation SI est tel qu'un **exercice de projection paraît à la CNAM trop incertain** pour identifier des gains escomptables sur la COG à venir.

[107] Pour les autres outils de gestion (MATIS, PUMA, facturation individuelle des établissements de santé, SCAPIN), la mission n'a pas à ce stade reçu d'éléments concernant de possibles gains, ou absence de gains, d'efficience.

2.2 La CNAM mise sur les automates de gestion, identifiés comme l'un des principaux leviers de gains d'efficience pour les prochaines années, malgré leur impact à ce jour encore limité

[108] Initialement conçus par une petite équipe au sein d'une caisse pour automatiser certaines tâches ponctuelles, les assistants digitaux **se sont beaucoup développés au cours des cinq dernières années, en attendant la livraison des nouveaux logiciels de gestion**, ou la refonte des outils existants. Les décalages de calendrier de la mise en œuvre de ces outils, et le besoin de plus en plus pressants des équipes sur le terrain d'accélérer certaines chaînes de production ont conduit la CNAM à changer d'échelle, en se dotant de licences de l'outil UIPATH, qui permet d'automatiser des processus plus complexes.

2.2.1 Les outils Proweb ont été développés pour pallier les difficultés d'évolution et la lourdeur des outils métiers et ont permis des gains de productivité

[109] L'IGAS, dans son rapport d'évaluation de la COG 2014-2017, faisait le constat du succès des projets à gains rapides (« Quick Wins »), et recommandait de poursuivre cette démarche, considérant qu'elle continuerait à être porteuse de gains d'efficience non négligeables, avec par exemple le développement d'injections automatisées de données dans les systèmes d'information.

[110] Au cours de la période 2018-2022, à ce programme « gains rapides » s'est substituée la structuration d'une démarche existant depuis 2012, initiée par la CPAM de Lille-Douai, consistant à **automatiser des tâches que les outils de gestion impliquaient de faire jusqu'alors manuellement**. Sous la houlette d'une maîtrise d'ouvrage déléguée (MOAD) confiée à la CPAM de Lille-Douai à compter de 2016, ont été développés de nombreux **assistants digitaux dits « ProWeb », robots permettant d'effectuer à la place du technicien des saisies répétitives,**

sans valeur ajoutée, sur les outils de production : inscription ou suppression de données, saisie des arrêts de travail... Ces outils ont commencé à être vraiment utilisés par l'ensemble du réseau à partir de 2018.

[111] Depuis 2019, la CPAM du Vaucluse est chargée de la gestion industrielle des scénarios Proweb, avec une plateforme appelée OctoWeb, et travaille à la demande du national, ou des caisses. En 2021, 41% des injections du réseau ont été réalisés par la plateforme Octoweb soit plus de 13 millions de traitements automatisés.

[112] La démarche Proweb a activement contribué à fournir, en des temps records, des assistants digitaux destinés à la gestion de la crise Covid en 2020 et 2021.

Quelques exemples de réalisations Proweb en lien avec la crise sanitaire :

- Prise en charge exceptionnelle d'IJ suite à la fermeture des écoles et crèches pour les personnes dans l'incapacité de garder leurs enfants : Réalisation du scénario « Saisie PRN – Coronavirus » ; 6,1 Millions de saisies réalisées dont plus de 3 M les deux premiers mois.
- Projet DIPA, saisie d'un montant forfaitaire à destination des PS dans le cadre de la perte d'activité liée à la crise : Réalisation du scénario « Paiement Forfait PS » ; 1,35 M de saisies réalisées dont 36 000 dès avril 2020
- Neutralisation du compteur 360 IJ, pour la période du confinement du 12 mars au 10 juillet 2020 : Réalisation du scénario « Gestion CMA » ; 6,4 M de saisies réalisées dont 3 M les deux premiers mois.
- Extraction de l'applicatif SIDEPE (centralisateur national des résultats) des personnes positives au test COVID afin de les injecter dans l'outil utilisé par les plateformes contact covid : Réalisation du scénario 109 « Saisie patients zéro » ; 7,4 M de saisies réalisées, les insertions sont réalisées à J+1.

Source : LR-DDO-95/2022

[113] En mai 2022, le catalogue comportait 136 scénarios, dont environ la moitié est opérationnelle, touchant ainsi de nombreux processus de production. La MOAD, qui compte six agents, continue de créer de nouveaux scénarios, nationaux et locaux, assure la maintenance et la mise à jour des scénarios existants et accompagne les utilisateurs dans l'implémentation et l'utilisation des scénarios.

[114] La mise en œuvre des **outils Proweb a d'ores et déjà permis des gains d'ETP certes non marginaux, mais sans effet massif à ce stade**. Si l'on se réfère aux estimations de la MOAD dans son rapport d'activité 2021, les gains depuis le début du programme **s'élèvent à 475 ETP**, dont une majeure partie au cours de la COG actuelle : 337,2 ETP (84,3 ETP en moyenne par an) Cela n'est pas négligeable, mais ne modifie pas le paradigme d'organisation des organismes, d'autant que le périmètre des IJ dérogatoires a largement bénéficié de Proweb, et qu'il s'agit dans certains cas de charges évitées dans les caisses (quand celles-ci ne disposaient pas de ressources suffisantes et ont mis une solution d'automatisation sans étape humaine préalable) :

Tableau 7 : Estimation des gains d'ETP sur la période 2014-2021 liés aux assistants digitaux

		France	ETP	Evolution n-1	Lille-Douai	ETP	Evolution n-1
2014	Dossiers	3 742 658	36,3		201 525		
	Gain (h)	49 557			2 462		
2015	Dossiers	7 232 960	67,9	+ 93 %	461 770		+ 129 %
	Gain (h)	92 748		+ 87 %	6 010		4,4
2016	Dossiers	9 991 780	101,9	+ 38 %	550 721		+ 19 %
	Gain (h)	139 065		+ 50 %	7 971		6,67
2017	Dossiers	11 692 294	138,2	+ 17 %	895 052		+ 63 %
	Gain(h)	188 588		+ 36 %	13 961		10,23
2018	Dossiers	18 049 098	262,3	+ 54 %	2 204 622		+ 146 %
	Gain(h)	358 071		+ 90 %	55 340		40,5
2019	Dossiers	21 499 030	311,7	+19 %	1 444 569		- 34 %
	Gain(h)	425 528		+18 %	26 202		19,2
2020	Dossiers	33 634 572	390	+56 %	1 080 282		- 25 %
	Gain(h)	532 242		+25 %	19 793		14,5
2021	Dossiers	41 738 791	475,4	+24 %	536 224		-51 %
	Gain(h)	648 878		+22 %	9 355		6,9

Source : Assurance Maladie, maîtrise d'ouvrage déléguée, rapport d'activité Proweb 2021. La ligne « dossiers » correspond au nombre de traitements réalisés. Le calcul ETP se fait sur une base de 1 365 heures par an.

[115] L'évolution est quasi linéaire à compter de 2017, et même si on constate une réelle montée en charge, l'utilisation de ces outils reste très hétérogène, et tous les organismes n'ont pas implémentés tous ceux qui pourraient leur être utiles.

[116] Sur la base des données fournies par la CNAM à la mission, **la généralisation des différents scénarios mis à disposition à date permettrait de gagner encore environ 135 ETP**, post 2021, sachant que certains des scénarios du catalogue sont désormais obsolètes. Si l'on considère que certaines caisses se sont dotées en 2022 de certains nouveaux scénarios, le gain pourrait être estimé à 100 ETP pour la prochaine COG, à confirmer par la CNAM.

[117] Les outils Proweb ont apporté, et continuent d'apporter des solutions pour faciliter le travail des agents (même si la concentration des tâches complexes sur l'activité des agents peuvent être parfois mal perçue par certains d'entre eux), en attendant le déploiement d'outils plus performants. Ils restent limités dans leur capacité à générer des gains d'efficience suffisamment importants.

2.2.2 Le tout nouveau programme PANDA devrait permettre de changer d'échelle en termes de gains de productivité induits par les assistants digitaux

[118] S'appuyant sur une solution d'ores et déjà utilisée par Pôle Emploi et la CNAF, la CNAM a tout récemment lancé une démarche complémentaire de développement de scénarios plus ambitieux, sur la base d'une solution d'automatisation UIPATH, dont l'assurance maladie s'est dotée en 2022, appelée aussi au sein de la CNAM « Plateforme d'AssistaNts DigitAux » (PANDA).

Elle permet d'automatiser des processus plus complexes, et de gérer de bout en bout le traitement d'une prestation ou d'un contrôle.

[119] **La CNAM a choisi de changer d'échelle en termes de moyens alloués, par rapport au programme Proweb** : un pool de développeurs UIPATH a été constitué, avec les CPAM Loire Atlantique, Paris, Rhône, Val de Marne et Seine-Saint-Denis. Les équipements sont hébergés au centre services d'hébergement (CSH) de Strasbourg, trois plateformes secondaires ont été constituées et sont hébergées au sein d'organismes (CPAM d'Avignon, de Paris et du Val de Marne), et les CPAM du Val de Marne et du Vaucluse sont chargées d'assurer l'exploitation fonctionnelle de cette plate-forme centrale et donc du suivi de la bonne exécution des scénarios.

[120] L'acquisition de ces licences de développement UIPATH en 2022 et le potentiel des outils existants encore à réaliser dans la mise en œuvre au sein du réseau a conduit la CNAM à effectuer un recensement des propositions et besoins du réseau en termes d'automatisation de tâches et de processus. Ce travail a permis d'identifier 200 processus ou tâches qui pourraient faire l'objet d'une automatisation, soit près du double de ceux mis en place depuis 2012 avec Proweb.

[121] Une « feuille de route 2022 » pour les filières Proweb et UIPATH a ainsi fait l'objet d'une lettre-réseau en mai 2022⁵⁴. Elle comprend **une vingtaine de scénarios UIPATH attendus d'ici fin 2022**. A la date de rédaction du présent rapport, l'un d'eux est déjà opérationnel, et concerne l'automatisation des contrôles PUMA. La CPAM de l'Isère l'a installé et évalue à 1 ETP le gain gagné à l'échelle de la caisse.

[122] **Le potentiel de PANDA en termes de gains d'efficacité semble ainsi significatif**. La mission n'a cependant à ce stade pas obtenu d'éléments chiffrés de la CNAM.

[123] La mission alerte cependant sur le caractère transitoire que doivent garder ces outils, qui ne doivent pas se substituer, dans la durée, à la refonte des applicatifs de gestion.

2.3 La numérisation de la majeure partie des flux entrants de courriers serait porteuse de gains importants

[124] Une mission déléguée, la MD 26, a été chargée en 2018 de travailler sur l'amélioration de la gestion des flux entrants de courriers (hors recommandés) non dématérialisés dans les CPAM et les services médicaux⁵⁵. Les caisses et services médicaux recevaient en effet 268.000 plis par jour en 2019, et ce malgré le recours largement accru aux différents outils en ligne proposés aux assurés, et notamment au compte Ameli, Il s'agit d'un flux encore important même si en baisse tendancielle, amplifiée par la crise. La CNAM revoit ainsi régulièrement à la baisse les estimations : il est encore prévu pour 2023 le traitement d'environ 204.000 plis par jour, soit 51 millions de plis pour l'année, mais certains interlocuteurs de la mission ont évoqué plutôt 190.000. Il est à noter qu'un pli correspond à 1,5 documents, soit 3 pages.

[125] La mission déléguée a proposé de lancer le projet PLEIADE (PLateforme Electronique d'Intégration des courriers entrants et d'Archivage DEmatérialisé). Celui-ci implique notamment :

⁵⁴ LR-DDO-95/2022

⁵⁵ Courriers envoyés par voie postale, soit environ la moitié des plis reçus par l'assurance maladie.

[126] Le routage des plis courriers vers quelques Plateformes de Flux Entrants (PFE) dotées de matériels de traitement des courriers et de dématérialisation pour numériser les flux des caisses ;

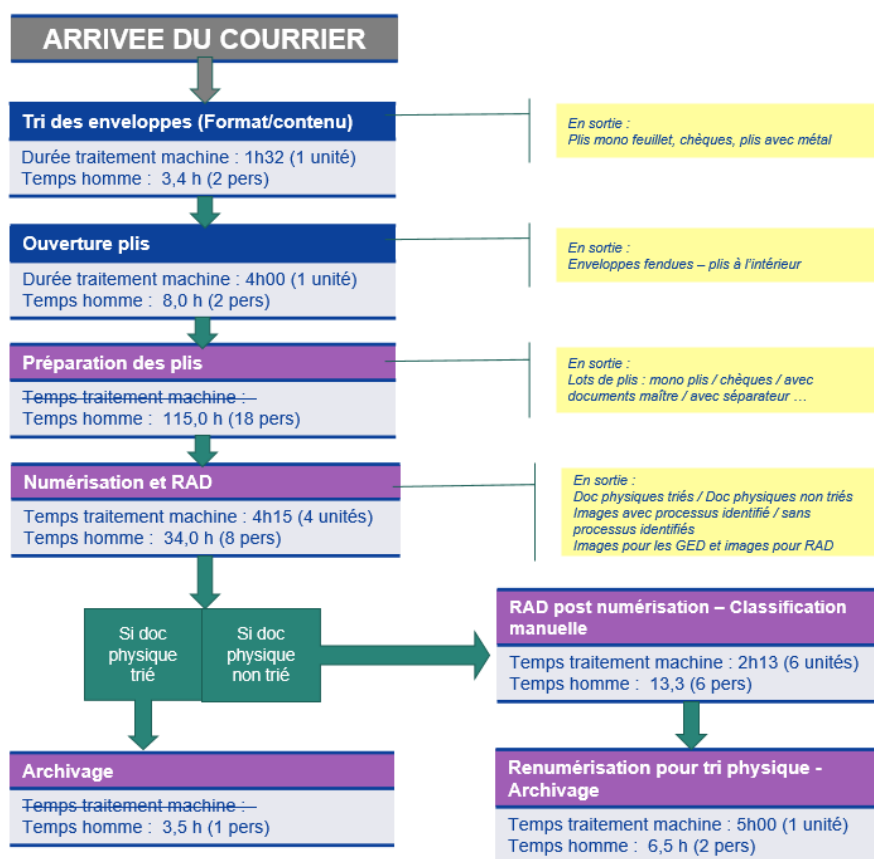
[127] Le renvoi des pièces numérisées vers la GED (Gestion Electronique des Documents) de la caisse concernée par le courrier, accompagnées d'un ensemble de données afin de garantir son traitement,

[128] Le déploiement d'un service d'archivage électronique (SAE) permettant de s'affranchir de la conservation des pièces en format papier.

[129] La CNAM a d'abord lancé une expérimentation avec les CPAM de Nice et de Marseille, qui ont travaillé avec un nombre de plus en plus important de caisses cédantes, pour arriver à 30. Un marché national devait être passé en 2020 pour doter cinq autres caisses des équipements nécessaires. Une première procédure a été déclarée infructueuse et provoqué un report. Finalement deux autres caisses vont être mobilisées, à savoir tout d'abord Lille-Douai et Montpellier pour prendre en charge les 60 autres caisses cédantes, leur démarrage étant prévu pour fin 2022. Une autre caisse, celle de Nancy, doit aussi être dotée d'équipements pour pouvoir entrer dans le dispositif, si nécessaire. Chaque caisse devrait prendre en charge entre 35.000 et 50.000 plis/jour.

[130] Le traitement numérisé conduit à une **très forte réduction des besoins en main d'œuvre**, comme l'illustre le schéma ci-dessous, qui fournit des estimations de temps passé par tâche, selon qu'il s'agit du traitement par un agent ou par la machine :

Schéma 5 : Estimation des temps de traitement du courrier, pour chaque étape, en temps de traitement machine et en temps homme



Source : CNAM

[131] Les projections initiales prévoyaient un gain à hauteur de 1120 ETP sur les effectifs mobilisés sur les flux entrants, minoré de 300 ETP supplémentaires nécessaires dans les plateformes de flux entrants (PFE), soit un gain net de 800. Cette évaluation a été ramenée à **594 ETP** lorsque la CNAM s'est fondée sur 220.000 plis, elle doit être donc réduite encore, au vu de la baisse tendancielle.

Tableau 8 : Gains en ETP liés au projet PLEIADE

ETP activité métier	2019 ⁽¹⁾	Projection 2023 ⁽²⁾		Gain net PLEIADE estimé
		Sans PLEIADE	Avec PLEIADE	
Périmètre PLEIADE	1 300	1 050	300	750
Périmètre Hors PLEIADE	870	714	870	- 156
				594

(1) : en 2019 : traitement de 268 083 plis/jour
 (2) : cible 2023 : 220 000 plis/jour

Source : CNAM

[132] La CNAM considère qu'il faut 4 à 5 mois de montée en compétence des agents en PFE avant que les gains de productivité puissent apparaître.

[133] Des gains ont d'ores et déjà été engrangés, et vont l'être d'ici la fin de la COG par la trentaine de caisses qui bénéficient des PFE de Nice et de Marseille. Par ailleurs, il est probable que le nombre de courriers postaux continue de baisser structurellement, après l'amplification à la baisse produite par la crise et la montée en puissance des téléservices ; cela explique que la CNAM ait redimensionné son projet de plateformes PLEIADE⁵⁶. Il n'en demeure pas moins que, selon la CNAM, **550 ETP au plus pourraient très probablement être économisés en fin de la COG en cours et au cours de la COG 2023-2027 grâce au projet PLEIADE**. Ce chiffrage intègre les besoins ETP à prévoir sur les 2 nouvelles PFE ainsi que la nécessité de « décommissionner » le volume très significatif de moyens temporaires (CDD – intérim) positionnés sur l'activité par les futures caisses cédantes, qui ont anticipé la bascule en ne renouvelant pas leurs départs CDI sur l'activité en fin de COG actuelle.

[134] On relèvera toutefois que la diminution du volume de documents reçus sous format papier, si elle conduit à minorer le gain attendu du projet PLEIADE, doit avoir un impact direct sur les ressources dédiées à leur traitement au sein des caisses.

[135] Les courriers postaux représentent environ la moitié des plis reçus par l'assurance maladie (l'autre moitié correspondant aux plus déposés en accueil et aux courriers envoyés par mails). Or il était souhaité, dans le cadre du marché national, que les machines qui seraient acquises aient une capacité évolutive permettant d'intégrer, dans un second temps, de **potentiels nouveaux formats de flux entrants** (intégration de plis déposés en accueil par acquisition déportée, injection de documents numérisés reçus par mails...). La mission n'a pas à ce stade de visibilité sur la faisabilité de telles évolutions, mais recommande fortement que celles-ci soient expertisées, car **elles pourraient générer à terme plusieurs centaines de gains ETP supplémentaires**.

⁵⁶ Passage d'une cible de 10 à 4 plateformes

ANNEXE 6 : L'organisation territoriale du réseau, LA mutualisation et L'entraide

SOMMAIRE

ANNEXE N°6 SUR L'ORGANISATION TERRITORIALE DU RESEAU, LA MUTUALISATION ET L'ENTRAIDE	115
1 CONFORMEMENT A LA COG, LA STRATEGIE DE REDISTRIBUTION D'ACTIVITES ENTRE CAISSES A ETE CONFORTEE MAIS ELLE ATTEINT DESORMAIS SES LIMITES	118
1.1 LA DEMARCHE DE REDISTRIBUTION D'ACTIVITES A ETE CONSOLIDEE LORS DE LA COG 2018-22, AVEC UNE CROISSANCE SENSIBLE DES EFFECTIFS MOBILISES A CE TITRE	118
1.1.1 Une démarche structurante pour le réseau, consacrée sous la COG précédente	118
La redistribution d'activités entre caisses comporte plusieurs dimensions :	118
1.1.2 Une croissance sensible des effectifs mobilisés avec un fort développement des activités mutualisées dédiées à la relation clients	119
1.2 LES DISPOSITIFS DE MUTUALISATION ET D'ENTRAIDE ONT EVOLUE PENDANT LA COG EN LIEN AVEC L'INTEGRATION DES REGIMES ET POUR REpondre A LA CRISE	120
1.2.1 La reprise des régimes et la crise sanitaire ont conduit à adapter le dispositif de mutualisation et d'entraide	120
1.2.2 Le dispositif d'entraide a été marqué par le doublement des effectifs de PHARE et par la mise en place de task force pour le traitement des IJ	122
Le dispositif d'entraide au sein du réseau a pris plusieurs dimensions sur la durée de la COG : le dispositif PHARE a été renforcé, le dispositif national de suivi des organismes en difficultés (conjoncturelles ou structurelles) a été structuré, une task force IJ mise en place. L'objectif initial de fond d'harmonisation des niveaux de services et d'éviter que des organismes ne s'enfoncent dans des difficultés chroniques a été percuté par le contexte de crise sanitaire.	122
Le dispositif PHARE est monté sensiblement en puissance sur la durée de la COG (doublement des moyens), pour passer de 12 plateaux et 167 ETP en 2018 à 19 plateaux et 347,1 ETP en 2021. Cette croissance a bénéficié à compter de 2019 des marges de manœuvre dégagées par l'intégration des nouveaux régimes, ce qui peut être mis à l'actif de la CNAM dans sa gestion de l'intégration.	122
<i>Le nombre de plateaux PHARE et le type d'activités prises en charge ont connu beaucoup d'ajustements pendant la COG en fonction des besoins, ce qui témoigne d'un pilotage fin réalisé par la caisse nationale : forte montée en puissance des renforts IJ avec des plateaux passés de 3 à 7, croissance puis ajustement des moyens consacrés à la C2S (passage de 2 à 6 puis 5 plateaux), démarrage de PHARE IJ AT –MP puis redéploiement sur les IJ, arrêt prévu de PHARE FSP.</i>	<i>122</i>
1.2.3 Le dispositif TRAM a pris une place structurante au sein du réseau mais semble désormais atteindre ses limites notamment dans le contact clients.	124
1.3 LES TRAVAUX DE LA MISSION DELEGUEE 35 SUR LA MUTUALISATION PEUVENT SERVIR DE BASE A DES AJUSTEMENTS LORS DE LA PROCHAINE COG	128

1.3.1	<i>Les travaux en cours de la mission déléguée 35 dressent un bilan globalement positif sur la mutualisation mais alertent sur les risques d'une extension de la démarche</i>	128
1.3.2	<i>Pistes pour la prochaine COG</i>	131

2 HORS OBJECTIF DE LA COG, LE MAILLAGE TERRITORIAL DU RESEAU A TRES PEU EVOLUE CES DERNIERES ANNEES MAIS IL POURRAIT DONNER LIEU A DES AJUSTEMENTS MESURES SOUS LA PROCHAINE COG..... 133

2.1	UNE MAILLE DEPARTEMENTALE ESSENTIELLE MAIS PAS TOUJOURS OPTIMISEE	133
2.1.1	<i>Le maintien de quelques caisses infra départementales questionne, alors que la branche famille est allée au bout de la départementalisation</i>	133
2.1.2	<i>Des mutualisations de différents ordres à étudier pour consolider les caisses de taille restreinte</i>	134
2.1.3	<i>Des rapprochements CAF-CPAM encore limités</i>	134
2.2	UN MAILLAGE INFRA-DEPARTEMENTAL DENSE QUI A PEU EVOLUE CES DERNIERES ANNEES, DANS UN CONTEXTE MARQUE PAR LE DEVELOPPEMENT DES MAISONS FRANCE SERVICES	136
2.2.1	<i>Un maillage dense des lieux d'accueil dans un contexte d'évolution des canaux de contact qui tend à réduire la part de l'accueil physique</i>	137
2.2.2	<i>Un développement des maisons France services à intégrer de façon plus explicite dans la stratégie d'accueil de la CNAM</i>	140
2.2.3	<i>Une stratégie nationale à expliciter prenant en compte des objectifs d'optimisation du maillage et des implantations immobilières mais aussi de qualité de la relation clients et d'emploi local.</i>	142

[1] Le réseau de la CNAM regroupe des organismes nature juridique différente, pilotés par la caisse nationale.

- Au niveau régional ou interdépartemental : 16 directions régionales du service médical (DRSM qui font partie de l'entité juridique de l'établissement public CNAM), 16 caisses régionales (les Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT dont le pilotage et les moyens sont partagés entre la CNAM et la CNAV ainsi que la caisse régionale d'assurance maladie d'Ile de France CRAMIF), 13 UGECAM (unions régionales qui gèrent plus de 200 établissements sanitaires et médico-sociaux), 9 centres de traitement informatiques (CTI) et 3 centres d'éditiques qui constituent des entités juridiques distinctes.
- Au niveau départemental : les échelons locaux du service de contrôle médical de la CNAM ainsi que les structures suivantes dotées de la personnalité juridique : en métropole 100 CPAM et deux caisses communes de sécurité sociale ayant fusionné CAF et CPAM ; dans les DOM 4 caisses générales de sécurité sociale (CGSS) regroupant les différents risques maladie, retraite, famille et recouvrement auxquelles s'ajoute une caisse de sécurité sociale à Mayotte.

[2] Les CPAM constituent le poids lourd en termes d'effectifs (75 % du total) de ce réseau dont le centre de gravité territoriale se situe à la maille départementale à laquelle l'institution est très attachée. Si les CPAM partagent un socle de missions communes auxquelles peuvent s'ajouter des fonctions mutualisées, elles se distinguent par des écarts de taille très importants et des déséquilibres charges/effectifs en dépit d'efforts de convergence. Cela induit des enjeux de qualité, de continuité de services et d'efficience.

[3] La présente note étudie l'organisation du réseau au prisme de la recherche d'efficience, sachant que cette organisation constitue aussi et surtout un levier majeur de qualité, de proximité et de continuité de services. Ses principales conclusions et pistes sont les suivantes⁵⁷ :

- La redistribution d'activités entre caisses sous forme de mutualisation et d'entraide : cette orientation stratégique forte a été structurée sous la COG 2013-2017 et confortée au cours de la COG actuelle, avec plus de 1200 ETP de plus qui lui sont consacrés. Les actions ont été conduites dans le double contexte d'intégration de nouveaux régimes qui a nécessité de nouveaux rééquilibres et de crise sanitaire qui a fait exploser certains besoins (IJ et relation clients). Cette démarche semble toutefois atteindre ses limites fonctionnelles et d'acceptation sociale au sein des caisses, la branche maladie étant d'ailleurs celle qui est allée le plus loin dans ce registre. Dans le cadre de la prochaine COG, il s'agira donc de l'ajuster, plus que de la développer.
- Le maillage territorial : après avoir connu des rationalisations importantes dans les années 2000 associées à une forte baisse des effectifs consacrés à l'accueil physique, peu d'évolutions sont intervenues en la matière depuis 2014. L'adaptation du maillage territorial ne constituait d'ailleurs pas un objectif de la présente COG. Il a donc fait l'objet de démarches ciblées, émanant d'initiatives locales situées à la croisée des stratégies immobilière, de gestion des effectifs et d'accueil et toujours exposées à une forte sensibilité locale. Sous la prochaine COG, ce levier d'efficience pourrait être mobilisé de façon mesurée, principalement afin de tirer les conséquences de l'évolution des canaux de la relation d'accueil et du développement des maisons France services (MFS). Les rapprochements fonctionnels conduits dans une logique interbranches gagneraient également à être davantage développés pour consolider l'activité et les services des caisses de faible taille.

[4] Pour la COG à venir, les leviers d'efficience liés à l'organisation du réseau resteront donc activables mais sans que l'on puisse en attendre des rendements majeurs en termes d'effectifs.

1 Conformément à la COG, la stratégie de redistribution d'activités entre caisses a été confortée mais elle atteint désormais ses limites

1.1 La démarche de redistribution d'activités a été consolidée lors de la COG 2018-22, avec une croissance sensible des effectifs mobilisés à ce titre

1.1.1 Une démarche structurante pour le réseau, consacrée sous la COG précédente

La redistribution d'activités entre caisses comporte plusieurs dimensions :

- L'entraide en délestant de façon ponctuelle des caisses en difficultés conjoncturelles, d'une partie de leur activité par le bais du dispositif PHARE. Cela concerne principalement de gros processus de production.

⁵⁷ La mission n'a pas expertisé dans cette note d'étape les mutualisations propres aux fonctions supports qui peuvent constituer des leviers importants d'efficacité et d'efficience

- La mutualisation structurelle des activités entre caisses, au niveau interdépartemental, régional ou national, déployée dans le cadre du dispositif TRAM (travail en réseau de l'assurance maladie) et dans d'autres dispositifs apparentés (EPTICA pour les courriels). Cela peut correspondre à des logiques d'expertise dans le champ de la production ou au contraire d'industrialisation dans celui de la relation clients (plateformes téléphoniques et courriels). Pour chaque activité concernée, certaines caisses sont dites « prenantes », d'autres « cédantes ».
- S'ajoutent à ces deux axes structurants d'autres mécanismes de travail en réseau : activités nationales déléguées, principalement dans les champs informatiques (centres de recettes, maîtrises d'ouvrage ou d'œuvre déléguées), activités mutualisées dans le cadre d'initiatives territoriales à l'échelle régionale.

[5] En articulation avec le choix de préserver la maille départementale, plusieurs objectifs ont été assignés à cette stratégie : homogénéiser la performance et absorber les réductions d'effectifs sans altérer le service, assurer la continuité de service dans les plus petites caisses, maintenir la capacité d'expertise sur des activités à faible volume, redéployer les effectifs dégagés vers des missions de contacts et d'accompagnement.

[6] La structuration nationale de cette stratégie a constitué un axe très important de la COG 2013-17 : mise en place de PHARE en 2014 ; élaboration de schémas régionaux TRAM à compter du premier semestre 2016 avec un déploiement finalisé pour l'essentiel à fin 2018 et des dernières déclinaisons en 2019.

[7] Sur la base de ces acquis, la COG 2018- 2022 a prévu seulement la consolidation et l'élargissement de cette démarche dans la fiche thématique 16 (renforcer les coopérations entre les organismes et entre les branches). Il s'agit d'une part de finaliser le déploiement de TRAM (action 1.1) et d'autre part de renforcer le dispositif d'entraide PHARE, en accroissant la capacité d'intervention des pôles sur les activités déjà prises en charge (IJ, CMU-C et mails) et en l'étendant à d'autres activités (action 1.5). Ces deux objectifs ont été pleinement atteints, dans un contexte très différent de celui de la COG précédente.

1.1.2 Une croissance sensible des effectifs mobilisés avec un fort développement des activités mutualisées dédiées à la relation clients

[8] Les effectifs affectés à la mutualisation et l'entraide représentent de l'ordre de 8 500 ETP en 2021. La complexité et le caractère mouvant des catégories utilisées n'en facilitent pas la lisibilité⁵⁸. Les activités mutualisées structurées par le niveau national (TRAM, EPTICA, missions déléguées...) représentent la part la plus importante de ces effectifs soit 7320 ETP en 2021, l'activité de délestage et d'entraide représentant moins de 500 ETP, les activités d'initiatives locales de l'ordre de 400.

[9] Ces effectifs ont cru de plus de 1 200 ETP entre 2019 et 2021 (+ 16 %), principalement dans le champ de la mutualisation et au titre de la relation clients (+ 463 pour les plateformes de services - PFS- assurés, + 223 pour les PFS médico-administrative et + 347 pour EPTICA). Les effectifs affectés à la mutualisation sur certains processus de production (FSP, invalidité, rentes...) ont été ajustés à la baisse.

⁵⁸ La mission déléguée 34 ont aussi pour objectif d'établir une grille de lecture stabilisée et partagée de la cartographie des activités.

Tableau 1 : Evolution des effectifs dédiés à la mutualisation et l'entraide dans le réseau des CPAM

	ETP totaux			Croissance entre 2019 et 2021	
	2019	2020	2021	En nombre ETP	En pourcentage
Activités mutualisées du réseau CPAM et missions nationales déléguées	6 937,9	7 746,8	7 999,0	+1 061,1	+ 15,29%
a/ Mutualisations structurées nationalement	6 290,6	7 064,0	7 320,9	+1 030,4	+ 16,38%
Maille nationale	1 087,3	1 212,5	1 188,6	+101,3	+ 9,32%
Missions nationales réseau	764,7	731,8	696,0	-68,7	- 8,98%
TRAM national	322,6	480,8	492,6	+170,0	+ 52,70%
AME	42,7	180,5	183,0	+140,3	+ 328,67%
Capitaux décès	54,6	54,8	59,2	+4,7	+ 8,56%
Gestion de la paie	225,3	245,5	250,3	+ 25,0	+ 11,10%
TRAM Régional	4 569,1	4 641,7	4 857,0	+287,9	+ 6,30%
Relations internationales	226,0	210,8	200,0	-26,0	- 11,52%
FSP LAD	625,2	667,4	575,5	-49,7	- 7,95%
Rentes	275,0	254,3	241,7	-33,3	- 12,11%
Invalidité	498,4	472,5	457,9	-40,6	- 8,14%
PFS Assurés	1 983,0	2 103,8	2 446,1	+463,2	+ 23,36%
PFS Employeurs	196,6	197,4	213,3	+16,7	+ 8,50%
RCT	699,9	683,5	669,4	-30,5	- 4,35%
Oppositions	65,1	52,1	53,2	-12,0	- 18,39%
Mutualisations structurée hors TRAM	634,2	1 209,8	1 275,3	+641,2	+ 101,11%
EPTICA	558,2	981,5	905,1	+347,0	+ 62,16%
PFS MDA	76,0	207,5	299,1	+223,1	+ 293,71%
PLEIADE	-	20,8	71,1	-	-
b/ Mutualisations sur le champ des établissements	267,3	271,5	256,9	-10,4	- 3,90%
c/ Mutualisations et entraides d'initiative locale	380,1	411,4	421,2	+41,1	+ 10,82%
Activités d'entraide du réseau CPAM	341,5	416,6	473,1	+131,6	+ 38,53%
a/ PHARE	202,4	285,3	347,1	+144,7	+ 71,48%
b/ PFS Délestage	139,1	131,3	126,0	-13,1	- 9,42%
TOTAL	7 279,5	8 163,5	8 472,1	+1 192,6	+ 16,38%

Source : Mission à partir de données CNAM

[10] Le poids relatif des effectifs affectés à la mutualisation s'est accru à la fois dans les effectifs globaux de la CNAM et plus sensiblement dans ceux des CPAM où il atteint près de 18 % des effectifs : de l'ordre de 11,7 % des effectifs globaux de la CNAM et 15,6 % des effectifs des CPAM en 2019 , cette part est passée à 13,2 % des effectifs CNAM et 17,7 % des effectifs CPAM en 2021 après intégration

des autres régimes⁵⁹. Et ces effectifs sont affectés à plus d'une vingtaine de processus, ajustables selon les besoins.

1.2 Les dispositifs de mutualisation et d'entraide ont évolué pendant la COG en lien avec l'intégration des régimes et pour répondre à la crise

1.2.1 La reprise des régimes et la crise sanitaire ont conduit à adapter le dispositif de mutualisation et d'entraide

[11] Les évolutions du dispositif de mutualisation et d'entraide sous la COG actuelle sont intervenues sous l'influence de deux principaux facteurs.

[12] **L'intégration des régimes (RSI principalement) a eu deux effets** : offrir de la marge en termes de postes pour renforcer principalement le dispositif PHARE ; appeler des correctifs aux décalages charges/ressources observés localement entre la localisation des effectifs repris et l'activité attachée à ces nouveaux assurés répartis sur toutes les caisses. Les arrivées prévisionnelles d'agens ont été très déséquilibrées : un quart des caisses n'ont intégré aucun agent ou très petit nombre, un quart de CPAM ont connu à l'inverse un apport de plus de 10 % jusqu'à 40 % de leurs effectifs avant l'intégration. Les caisses investies d'une activité d'accueil téléphonique et mail ont par ailleurs été confrontées à une majoration importante de leur charge.

Impact de l'intégration des régimes en termes de charge et d'effectifs (source CNAM)

Pour les organismes projetés comme déficitaires c'est-à-dire ayant bénéficié de moins d'arrivées de salariés des régimes intégrés que de transfert de charge, l'enjeu était de 850 ETP, soit 3,6 % des effectifs de ces caisses. Suite au mouvement naturel des intégrations et après mesures de délestage ou de renforts ciblés, le décalage est tombé à -154 ETP.

Un excédent prévisionnel d'effectifs intégrés par rapport à la charge transférée, correspondant à 600 ETP était constaté à l'inverse dans certaines caisses. Pour ces dernières, des rétrocessions de postes ont été notifiées (-170 ETP). La quinzaine des plus excédentaires s'est vu confier des activités complémentaires pour le réseau à hauteur de 450 ETP : soit sous formes de missions nationales (RCT et invalidité TI) soit via l'extension de pôles mutualisés (paie, FSP, mails) ou par la prise en charge de nouveaux pôles PHARE (5 sur les IJ, 3 sur la C2S). Certains organismes excédentaires n'ont pu prendre en charge les pôles (mails) initialement prévus.

[13] L'intégration des régimes a permis de redéployer 455 postes sur le dispositif de mutualisation et d'entraide : 155 sur des missions nationales, 190 sur les pôles PHARE et 110 sur d'autres activités (création 4ème pôle TRAM AME, EPTICA). 20 ETP de redéploiement n'ont pu être réalisés (un projet de pôle PHARE EPTICA abandonné, un pôle PHARE IJ créé mais avec un effectif inférieur à la cible).

⁵⁹ 61 909 ETPMA 2019, 63 823 en 2021 ; CPAM/CCSS : 45 539 ETPMA en 2019 et 47 949 EPMA en 2021 – source CNAM

Tableau 2 : Pôles créés ou renforcés dans le cadre de l'intégration des régimes

	Mission nationale	Pôle PHARE	Autre
CPAM LAVAL	Centre National Invalidité TI		
CPAM BOURGES		Pôle PHARE téléphone Employeurs Pôle PHARE IJ	
CPAM MEURTHE ET MOSELLE		Pôle PHARE C2S	
CPAM LE MANS	Paie UGECAM	Pôle PHARE Eptica (abandon)	Trajectoire Centre eptica
CPAM TOULOUSE			Reprise flux TRAM FSP Reprise activité centre osmose Extension PF centre Eptica Trajectoire centre eptica
CPAM CLERMONT FERRAND	Centre National RCT TI		
CPAM LILLE-DOUAI		Pôle PHARE IJ/IJ TI	Reprise flux TRAM FSP
CPAM MACON		Pôle PHARE C2S (redéploiement sur pôle d'appui Eptica en cours)	
CPAM RENNES		Pôle PHARE IJ	Extension PF centre Eptica
CPAM FINISTERE	Centre de recettes	Pôle PHARE C2S	
CPAM MARSEILLE	Paie UGECAM		
CPAM ARTOIS		Pôle PHARE IJ/IJ AT Renfort pôle PHARE C2S	
CPAM CRETEIL	Paie UGECAM	Pôle PHARE IJ Pôle PHARE Eptica	
CPAM POITIERS	Affiliation étudiants étrangers (fin activité 2021)		Constitution d'un 4ème pôle TRAM AME (début activité 2021)

Source : CNAM

[14] La crise COVID a induit une très forte augmentation des certaines activités de production (IJ) et de la relation clients ce qui a conduit à des adaptations importantes du dispositif de redistribution d'activités. Le dispositif d'entraide a été renforcé pour faire face au volume des demandes d'IJ par le développement des plateaux Phare et la mise en place de renforts temporaires (task force IJ) ; dans le champ de la mutualisation, les activités dédiées à la relation clients (accueil téléphonique et courriels) ont bénéficié d'apports massifs en ETP. Ces dispositifs ont fait l'objet d'adaptations au fil de l'eau pour coller au mieux aux besoins et aux contraintes, avec une forte réactivité de la CNAM et des CPAM. Pour autant malgré ces renforts, la situation reste très tendue, avec une qualité de service dégradée face à l'explosion des volumes à traiter.

1.2.2 Le dispositif d'entraide a été marqué par le doublement des effectifs de PHARE et par la mise en place de task force pour le traitement des IJ

[15] **Le dispositif d'entraide au sein du réseau a pris plusieurs dimensions sur la durée de la COG** : le dispositif PHARE a été renforcé, le dispositif national de suivi des organismes en difficultés (conjoncturelles ou structurelles) a été structuré, une task force IJ mise en place. L'objectif initial de fond d'harmonisation des niveaux de services et d'éviter que des organismes ne s'enfoncent dans des difficultés chroniques a été percuté par le contexte de crise sanitaire.

[16] **Le dispositif PHARE est monté sensiblement en puissance sur la durée de la COG (doublement des moyens)**, pour passer de 12 plateaux et 167 ETP en 2018 à 19 plateaux et 347,1 ETP en 2021. Cette croissance a bénéficié à compter de 2019 des marges de manœuvre dégagées par l'intégration des nouveaux régimes, ce qui peut être mis à l'actif de la CNAM dans sa gestion de l'intégration.

[17] Le nombre de plateaux PHARE et le type d'activités prises en charge ont connu beaucoup d'ajustements pendant la COG en fonction des besoins, ce qui témoigne d'un pilotage fin réalisé par la caisse nationale : forte montée en puissance des renforts IJ avec des plateaux passés de 3 à 7, croissance puis ajustement des moyens consacrés à la C2S (passage de 2 à 6 puis 5 plateaux), démarrage de PHARE IJ AT –MP puis redéploiement sur les IJ, arrêt prévu de PHARE FSP.

Tableau 3 : Plateaux PHARE en 2021

	nombre de plateaux 2021	Effectifs en ETP (2021)
PHARE - IJ AS	7	135,8
PHARE C2S	5	88,4
PHARE – Mails	2	50
PHARE - Tél ASSURES	3	52,7
PHARE - IJ ATMP		Redéployé sur les IJ maladie en 2021
PHARE Tél EMPLOYEURS	1	16,3
PHARE FSP (feuilles de soins papier)	1	3,9
TOTAL PHARE	19 plateaux gérés par 16 caisses différentes	347,1

Source : *Mission sur la base de données CNAM*

[18] La doctrine d'emploi de PHARE a été adaptée dès 2019 pour permettre une optimisation de l'utilisation des ressources et éviter leur mobilisation pour des difficultés chroniques ; puis elle a été ajustée pour répondre à la crise sanitaire. L'évolution de fond a été à la fois à un renforcement du pilotage par le niveau national et à un effort de contractualisation avec les caisses concernées.

[19] L'attribution des aides PHARE repose sur les principes suivants définis dans une lettre réseau de 2020 ⁶⁰ :

⁶⁰ LR/DD0/146 /2020 a adapté les règles pour 2021

- 70 % des ressources PHARE sont attribuées à des besoins conjoncturels, soit dans le cadre d'attributions hebdomadaires décidées par la CNAM sur la base d'indicateurs (CPG, stocks de dossiers dans DIADEME...), soit tous les deux mois en réponse au recueil des demandes présentées par les organismes. L'appui des plateaux PHARE peut se conjuguer avec un « plan de régulation des stocks contractualisés » (PRSC) pour les IJ.
- 30 % des ressources sont affectées en réponse à des besoins structurels, dans le cadre de plans d'actions co-construits par la CNAM dans le cadre d'un « plan de retour à l'équilibre ». L'identification et le choix des organismes concernés relève de la DDO ; l'aide PHARE peut aller de pair avec un accompagnement renforcé (audit, appui métier des directions nationales ou d'autres organismes ...).
- Un comité d'alerte mensuel repère les organismes les plus en difficultés, structurelles ou conjoncturelles, susceptibles de mobiliser les moyens PHARE et/ou d'autres moyens d'accompagnement.

[20] Les tensions notamment sur les IJ, et par ricochet sur le front office, ont conduit la CNAM à suspendre par périodes le recueil des besoins, pour affecter les moyens sur la seule base des indicateurs. Le comité d'alerte et les dispositifs contractualisés d'appui aux organismes en difficultés conjoncturelles ou structurelles, ont été recentrés sur le processus IJ et en partie simplifiés vu le nombre d'organismes concernés.

[21] Les CPAM recourent très largement à PHARE pour un apport en durée et volume que certaines estimaient déjà trop contraint avant la crise sanitaire (cf. encadré sur l'enquête de 2019 ci-dessous). En 2020, la valorisation en ETPR des unités d'œuvre traitées par PHARE représentait 234 ETP dont 88 pour les IJ, 52 pour la C2S et 63 pour les mails.

Bilan de PHARE en 2019 (source : annexe à la LR – DDO-146/2020)

80 % des structures de production du réseau ont été aidées au moins une fois par le réseau de l'assurance maladie, avec 10 structures de plus qu'en 2018 ; les structures aidées sont majoritairement sous la médiane de productivité. Seuls 5 % des organismes se sont vus opposer un refus, tous processus confondus. Par contre le niveau d'aide accordé est en-deçà des demandes (demande trois fois supérieure sur le processus mails, et deux fois sur les processus IJ et téléphone). Qualitativement, le dispositif satisfait les caisses bénéficiaires, notamment en termes de relations avec le plateau aidant, de respect des engagements sur les volumes traités et de taux d'erreur notamment.

[22] L'explosion des demandes IJ à traiter a conduit à mettre en place à la fois de nouveaux plateaux PHARE IJ et des « task force IJ » temporaires fonctionnant avec des CDD et de l'intérim. De la fin du 1^{er} trimestre à fin août 2021 ces task force IJ ont bénéficié de 145 ETP, puis pour faire face à la vague Omicron de 170 ETP au 1^{er} semestre 2022 passant à 250 ETP à compter de juillet. Face à l'urgence de la situation, les moyens des task force IJ viennent ainsi plus que doubler les forces des plateaux PHARE IJ permanents. Une réunion hebdomadaire de suivi est organisée par la CNAM avec l'ensemble des plateaux d'entraide, pérennes et temporaires, mobilisés sur les IJ, pour procéder à une attribution fine des ressources d'entraide, dans un cadre contractualisé avec les organismes bénéficiaires (plans de régulation des stocks contractualisés PRSC) qui offre une vision affinée des situations locales.

[23] Globalement on peut donc considérer que l'objectif de la COG visant à renforcer PHARE a été largement atteint, qualitativement et quantitativement, avec une remarquable réactivité de la CNAM et de son réseau pour faire face à la crise. Un pilotage fin des dispositifs d'entraide a été mis en place dans le contexte COVID. La crise a eu toutefois pour effet de réduire les possibilités de soutien, déjà

limitées, en direction des organismes structurellement en difficultés, passant de 4 à 5 par an avant la crise à 2 par an depuis 2020.

[24] Par ailleurs l'impact massif de la crise sur les IJ complique l'appréciation du juste calibrage de PHARE hors contexte de crise, pour la prochaine COG : la demande sensiblement supérieure en volume d'appui (cf encadré ci-dessus) semble suggérer un certain sous-calibrage mais le caractère réitéré de nombre de demandes semble suggérer des difficultés plus structurelles que conjoncturelles de la part de certaines caisses, qui appellent plutôt une approche par des plans d'action contractualisés traitant à la fois des processus et des moyens, dans la durée (en particulier plans de retour à l'équilibre).

1.2.3 Le dispositif TRAM a pris une place structurante au sein du réseau mais semble désormais atteindre ses limites notamment dans le contact clients.

[25] **Conformément aux engagement de la COG prévoyant la finalisation du déploiement du TRAM, ce dernier a été achevé en 2019** (TRAM paie et TRAM AME), la grande majorité des pôles TRAM étant en place mi-2018. L'intégration des régimes d'une part et l'impact de la crise ont impacté le dispositif mais de façon plus limitée que pour PHARE. Désormais la notion de « TRAM », tend à englober tous les processus mutualisés (cf. EPTICA) et constitue une dimension structurante de l'équilibre charges/ressources du réseau, la mobilité des activités palliant la faible mobilité structurelle des effectifs.

[26] **Au 30 mars 2022, les pôles TRAM prennent en charge une quinzaine de processus d'ampleur** très variable, avec un poids croissant des plateformes téléphoniques et des pôles EPTICA :

Tableau 4 : Organisation de dispositif de mutualisation

Processus	Dispositif	Nb de caisses prenantes (2022)	Nb de caisses cédantes (2022)	ETP 2021
PRODUCTION				
Capitaux décès	TRAM national	6	96	59,2
AME	TRAM national	4	99	183
Gestion des flux entrants par voie postale	Mutualisation structurée hors TRAM (PLEIADE)	2	28	71,1
RCT (recours contre tiers)	TRAM régional	35	68	669,4
Invalidité	TRAM régional	28	76	457,9
FSP (feuilles de soins papier)	TRAM régional	27	77	575,5
Rentes	TRAM régional	24	78	241,7
Relations internationales	TRAM national	16	94	200
Oppositions	TRAM régional	13	89	53,2
RELATION CLIENT				
Plateforme téléphonique assurés (PFS -Assurés)	TRAM régional	52	55	2 446,1
Plateforme téléphonique de délestage (PFS -délestage)	Entraide	4	7	126
Plateformes téléphoniques employeurs (PFS employeurs)	TRAM régional	17	88	213,3

Plateforme téléphonique médico-administratives (PFS MDA)	Mutualisation structurée hors TRAM	12	90	299,1
Traitement des emails	Mutualisation structurée hors TRAM (EPTICA)	27	79	905,1
FONCTIONS SUPPORT				
Gestion de la paie	TRAM national	12	92	250,3

Source : *Mission*

[27] Trois types d'activités nouvelles ont émergé sous la COG actuelle :

- **Deux missions nationales Travailleurs indépendants** ont été créées (RCT Clermont Ferrand, invalidité TI Laval), pour capitaliser l'expertise de ces processus.
- 12 PFS médico administratives prenant en charge les appels des professionnels de santé ont été déployées sur une base interdépartementale à compter de 2019/2020.
- Le **projet Pléiade portant sur la numérisation des flux postaux entrants** a été lancé début 2022 dans le cadre d'un nouveau marché après quelques décalages⁶¹ : les deux plateformes « Flux Entrants » de Lille et Montpellier ont repris les flux de 28 caisses et la généralisation est prévue d'ici la fin de l'année, sur la base de 4 ou 5 plateformes.

[28] **Sur la durée de la COG, les effectifs des activités mutualisées structurées nationalement ont augmenté de 1000 ETP, au bénéfice des activités de la relation clients.** Les plateformes téléphoniques (PFS) et mails (EPTICA) ont été renforcées pour faire face à une activité en pleine explosion notamment du fait des retards de traitement des IJ. Les activités de production, sur des processus experts à plus faibles effectifs, ont vu leurs effectifs se réduire dans un contexte de baisse d'activité et de croissance de leur productivité.

[29] Malgré ces renforts, les plateformes dédiées à la relation clients restent saturées. C'est dans ce contexte de saturation qu'ont été mis en place à compter de 2021 des « pôles d'appui EPTICA » auprès de chaque centre EPTICA. Ces pôles visent à renforcer les ressources globales d'environ 200 ETP. Une dizaine de pôles d'appui sont d'ores et déjà déployés et les autres projets seront finalisés d'ici fin 2022. **Cette démarche s'apparente à une forme de démutualisation partielle** car chaque pôle d'appui reprend en gestion uniquement les mails de sa caisse porteuse, sauf dans deux cas. Le choix a été fait en effet de ne pas faire grossir davantage les grandes plateformes mutualisées du fait de leurs problèmes de fonctionnement (turn over, difficultés de recrutement, articulation avec le back office). Pour récupérer en partie la maîtrise des mails de leurs assurés, les caisses candidates à la gestion d'un pôle d'appui EPTICA, ont accepté de les autofinancer en majorité.

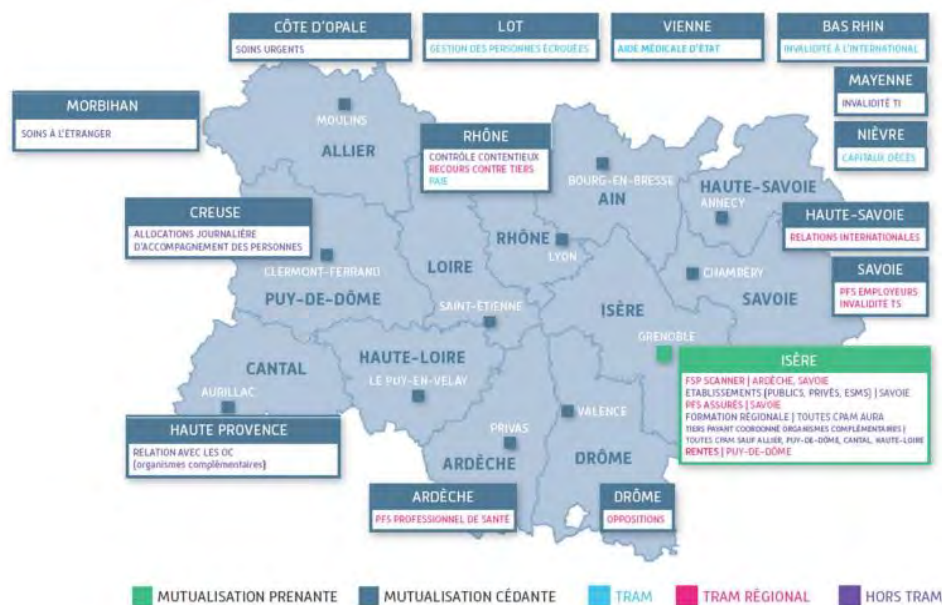
Nature des moyens mobilisés pour mettre en place les activités mutualisées

⁶¹ Une première démarche avait été initiée en 2019 au sein des CPAM de Nice et Marseille

La mise en place initiale des schémas s'est opérée par attributions/rétrocessions de postes entre organismes, sans financement national dédié. En revanche, les nouvelles mutualisations (PFS médico administrative et Pléiade), ont été accompagnées d'un financement mixte à base de rétrocessions de postes par les caisses cédantes complétées par un abondement de quelques postes par la caisse nationale. Les rééquilibrages liés à l'intégration des régimes ont contribué à la mise en place de mutualisations nationales dédiées aux travailleurs indépendants et à l'extension de pôles mutualisés existants (paie, FSP, gestion des mails). Les pôles d'appui EPTICA ont été majoritairement financés par les caisses candidates

[30] **Les déplacements ont permis à la mission de mieux saisir la relation ambivalente des CPAM vis-à-vis des mutualisations.** Plus de 80 % des effectifs correspondent au socle d'activités gérées par toutes les caisses qui comporte l'accueil physique, les activités de production sur les plus gros processus (le traitement des IJ, de la C2S, des feuilles de soins électroniques), une partie de la relation aux établissements⁶² et aux professionnels de santé, les contrôles, l'action sociale, la gestion comptable et financière et la GRH (sauf pour une partie de la paie). La mutualisation qui concerne moins de 20 % des effectifs des CPAM, a permis de renforcer les effectifs de certaines caisses (certaines petites mais pas seulement) et surtout de mieux ajuster l'équilibre charges/effectifs sans mobilité géographique des agents, mais avec souvent des mobilités fonctionnelles. Pour autant, la mutualisation reste très sensible pour plusieurs raisons.

[31] D'abord elle aboutit à une grande variété, voire complexité, de l'agencement territorial des activités, aucune CPAM n'ayant exactement le même portefeuille d'activités qu'une autre. Chaque CPAM présente ainsi la cartographie de ces activités prenantes et cédantes, héritée principalement des schémas de mutualisation conçus dans la COG précédente (cf Isère).



Source : CPAM de l'Isère

[32] Avec quelques années de recul et le renforcement opéré ces dernières années, la mutualisation fait émerger des questions fonctionnelles et « identitaires » au sein du réseau, probablement autant subjectives qu'objectives. Une moitié des caisses ne gère plus la relation téléphonique avec les

⁶² Activité FIDES qui a un caractère obligatoire, opérations de règlement aux établissements privés et médico-sociaux.

assurés, les employeurs et les acteurs médico-administratifs de leur territoire et une grande majorité a perdu la relation mails de 1^{er} niveau. Cela peut poser des problèmes d'articulation entre back et front office. Certaines caisses cédantes ont un sentiment de dépossession sur un élément essentiel de la relation client et d'une perte de légitimité vis-à-vis de leurs partenaires locaux (collectivités locales, associations...) dans la mesure où elles n'ont plus la main directe sur cette dimension. A l'inverse, les caisses en charge des plateformes de relation client se plaignent d'un déséquilibre charges/ressources face à la pression des flux et au turn-over des équipes.

[33] Un certain sentiment de perte de substance s'exprime également. Il peut tenir à des aspects qualitatifs : le transfert de processus à forte expertise vers un petit nombre de pôles, qui pour autant se légitime pleinement en termes de professionnalisation et de consolidation de la continuité de services. Il tient aussi à des aspects quantitatifs, liés aux transferts d'effectifs qui s'ajoutent aux suppressions de postes de la trajectoire.

[34] Les caisses pointent également une inadaptation du dispositif de mesure de la performance et d'allocation des ressources du fait du poids pris par la mutualisation. La trajectoire de réduction d'effectifs prenant en compte les départs en retraite et le turn-over (cf annexe sur la trajectoire), les caisses gérant des activités à fort turn-over comme les plateformes téléphoniques s'estiment doublement pénalisées : en termes de rétrocessions de postes et d'équilibre charges/ressources sur des activités très dynamiques. Ce point devrait être corrigé dans le prolongement de la mission déléguée 34 qui a proposé pour la prochaine de nouveaux mécanismes d'allocation de ressources.

[35] La démarche de mutualisation présente donc des difficultés qui n'ont pu être réglées, notamment du fait de la crise sanitaire. Toutefois, une mission déléguée (la MD 35) a été mise en place pour établir un bilan de la démarche⁶³ et faire des propositions pour la prochaine COG (cf. partie 3).

1.3 Les travaux de la mission déléguée 35 sur la mutualisation peuvent servir de base à des ajustements lors de la prochaine COG

1.3.1 Les travaux en cours de la mission déléguée 35 dressent un bilan globalement positif sur la mutualisation mais alertent sur les risques d'une extension de la démarche

[36] Le bilan de la mutualisation établi par la mission déléguée 35 et corroboré par les visites de terrain de la mission IGAS, apparaît « globalement positif » tout en apportant nombre de nuances voire l'alertes.

[37] En termes de performance, selon le tableau ci-dessous travaillé dans le cadre de la MD 35, les processus de production concernés par TRAM (FSP scanner, règlement des rentes, règlement des pensions d'invalidité, règlements des capitaux décès) se caractérisent par des gains en ETP et de productivité significativement supérieurs aux processus de production non concernés par TRAM :

- Gains d'ETP : 27,6 % d'ETP entre 2017 et 2021 sur les processus de production concernés par TRAM (soit - 531ETP) contre - 4,2 % sur les autres processus de production non concernés par TRAM (soit - 559 ETP). Les processus TRAM qui représentent 10 % des effectifs des processus de production étudiés ont réduit en valeur absolue leurs effectifs d'autant que les autres processus représentant 90 % des effectifs

⁶³ Hors PFS supposées être traitées dans le cadre des travaux sur la relation clients

- Gain de productivité (avec pondération au poids des ETP) de 39 % sur les processus TRAM production contre 17 % pour les autres.

Tableau 5 : Tableau : évolution de la productivité des activités de production mutualisées ou non mutualisées

France métropole											
Processus	ETP				UO				Productivité		
	ETP 2017	ETP 2021	pois s relat if	Evol 2017/21	UO du processus	UO 2017	UO 2021	Evol 2017/21*	productivité 2017	productivité 2021	Evol 2017/21*
1150-Complémentaire Santé Solidaire	1468,5	1642,1	###	11,8%	Nombre de dossiers traités C2S	3105331	3685025	18,7%	2115	2244	6,1%
1170-Reconnaissance AT/MP	1669,8	1538,5	###	-7,9%	Nombre de dossiers reconcom + implicitez + rejetés	1166296	1032783	-11,4%	698	671	-3,9%
2111-FSE(Vitale&B2)	2300,1	2099,6	###	-8,7%	Nombre de factures payées FSE/B2	1062240941	1,41E+09	32,8%	461827	671686	45,4%
2113-Feuille de soin papier_Scanner	952,3	654,4	###	-31,3%	Nombre de documents FSP Scanner	45411411	36672510	-19,2%	47685	56036	17,5%
2114-Feuille de soin papier_Manuel	1042,3	968,8	###	-7,1%	Nombre de factures payées Papier	6596884	7878005	19,4%	6329	8132	28,5%
3110-Règlements IJ Maladie	2974,5	3302,4	###	11,0%	Nombre d'arrêts prescrits ou couverts la période (Maladie)	22587387	27961924	23,8%	7594	8467	11,5%
3120-Règlements IJ AT-MP	713,8	657,3	###	-7,9%	Nombre d'arrêts prescrits ou couverts la période (ATMP)		3102572	0,1%	nc	4720	7,6%
3200-Règlements rentes	329,3	238,2	1,7%	-27,7%	Nombre d'actes de gestion rentes AT/MP	383243	434172	13,3%	1164	1823	56,6%
3300-Règlements pensions invalidité	577,0	443,5	###	-23,1%	Nombre de documents postaux d'invalidité traités	6204978	7577906	22,1%	10755	17088	58,3%
3400-Règlements capital décès	65,2	56,1	###	-13,9%	Nombre de documents capitaux décès	37147	49019	32,0%	570	874	53,3%
Processus TRAM production	1923,7	1392,2	###	-27,6%					Processus TRAM production (pondération au poids des ETP)		39%
Autres processus production	13208,9	12649,6	###	-4,2%					Autres processus production (pondération au poids des ETP)		17%
Total	15132,6	14041,8	100%	-7,2%							

* Les évolutions sont calculées sur la période 2017 à 2021 sauf pour le processus IJ ATMP pour lequel elles sont calculées sur 2019 à 2021 (UO manquante sur 2017 et 2018 du fait d'un changement de série au DP)

Source : CNAM

[38] Il est toutefois difficile de faire la part de l'impact de la mutualisation stricto sensu de celui d'évolutions concomitantes, notamment en termes d'outils de gestion ou d'évolution de la réglementation.

[39] L'impact propre de la mutualisation est probablement fort, en termes d'efficacité et aussi de qualité, pour des processus experts comme le règlement des rentes, capitaux décès et pensions d'invalidité, Par contre les simplifications réglementaires (cf pour la C2S), la numérisation (pour les FSP scanner mutualisées mais aussi les activités non mutualisées comme les FSE), le recours aux téléservices (Cf la gestion du fichier Assurés à très forts gains de productivité grâce à Ameli) ont un impact majeur sur les processus mutualisés ou non mutualisés.

[40] On peut probablement en inférer qu'étendre la mutualisation à des processus déjà largement numérisés et performants aurait peu d'intérêt en termes d'efficacité. Mutualiser des processus très lourds en effectifs et complexes comme le règlement des IJ n'aurait pas non plus de sens, le bon levier en termes d'efficacité tenant d'abord au déploiement d'un SI plus performant.

[41] Par ailleurs les apports de la mutualisation seraient plus limités en termes de dispersion de la productivité et de l'efficacité, ce qui pose une question de pilotage des pôles mutualisés afin de renforcer la convergence.

Tableau 6 :

	Effectifs 2015/2021	UO 2015/2021	Productivité/ cible et évolution	Objectif délai ou décroché/cible et évolution	Objectif fiabilité/cible et évolution	Dispersion Productivité	Dispersion Efficacité
RI	↘	↘	↗	↗	NC		
FSP LAD	↘	↘	→	→	NC		
Rentes	↘	↘	↗	↗	NC		
Inva	↘	↗	↗	↗	↗		
KDC	↘	↗	↗	↗	NC		
PFSE	→	↗		↘	NC		
Paie	→	↗	↗	NC	↗		
AME	↘	↗	↗	↘	↗		
RCT	↘	NC	NC	↗	NC		
Opposition	↘	→	↗	NC	→		

Source : CNAM

[42] En termes qualitatif, le bilan globalement positif dressé par la MD 35 tient principalement à la continuité des activités à faible effectif, à une plus grande homogénéité et professionnalisation des processus les plus experts et en termes de gouvernance, à un pilotage national fin des activités en fonction des besoins et un renforcement des coopérations régionales.

[43] La MD 35 souligne également certaines limites ou contraintes qui appellent des correctifs au cours de la prochaine COG pour optimiser les mutualisations existantes :

- Pas de réallocation suffisante de moyens pour compenser l'hétérogénéité des trajectoires de charges et de moyens selon les processus (surtout plateformes relation client) et les caisses, que l'intégration des régimes a pu amplifier, même si des apports de ressources correctifs ont été réalisés.
- Des relations clients moins fluides et parfois dégradées avec un désengagement des cédants sur cette dimension ; une amélioration de la qualité de services pas toujours évidente. D'où la nécessité d'ajuster certains processus (AME, PFS employeurs, FSP et Pléiade).
- Des coûts de coordination importants : articulation back et front office sur la gestion de la relation clients, ou bien périmètres de mutualisation incomplets (en particulier s'agissant des activités comptables et financières et des doublons dans le processus paie).
- Des relations entre cédants et prenants hétérogènes ; une performance hétérogène des pôles TRAM

- Des effets RH négatifs liés à la concentration de certaines activités (PFS, pôles de gestion de paie, centres EPTICA notamment), avec des difficultés de recrutement et des problèmes de déroulé de carrière.
- Des problèmes de cohérence stratégique au niveau territorial (cohérence des activités, partenariats, RH).

[44] La MD 35 émet en conséquence un avis réservé sur un élargissement de la mutualisation dans la prochaine COG pour plusieurs motifs : volonté de maintenir dans les CPAM un panel d'activités suffisant pour permettre des parcours professionnels diversifiés, préservation d'équilibres au sein du réseau, crainte de dégrader le climat social. Quatre processus ont été envisagés pour une éventuelle extension des mutualisations qui correspondent tous à des activités à faibles effectifs et font l'objet d'un avis différencié de la part de la MD 35 en termes d'opportunité :

Les quatre processus étudiés par la MD 35 dans la perspective d'une extension de la mutualisation

= Activités comptables et financières : intérêt faible en termes de gains RH et risque de complexification des interfaces

= Reconnaissance AT/MP : intérêt pour sécuriser le processus dans les petits organismes mais risques sur la relation clients et coûts de coordination.

= Soins de ville hors Synergie (cures, appareillage ...) : intérêt en cas d'accompagnement SI pour améliorer la performance de gestion et pour rééquilibrer certains pôles TRAM mais nécessité d'une articulation avec les pôles de contrôle des caisses

= Etablissements : achever la mutualisation en périmètre complet pour les organismes déjà concernés ; définir des cibles de performance.

La mission pour sa part note l'intérêt d'expertiser l'opportunité d'une mutualisation du processus de prélèvement dans le cadre de la gestion de la C2S avec participation financière, compte tenu du caractère dynamique de cette activité.

[45] *In fine*, la mission partage globalement les conclusions de la MD 35 sur le caractère limité des possibilités d'extension de la mutualisation sous la prochaine COG ; elle tire les pistes suivantes ci-après au vu de l'ensemble de ses travaux.

1.3.2 Pistes pour la prochaine COG

[46] **S'agissant de PHARE** pour lequel un gros travail de fond a été conduit sur la COG 2018-22, une fois la crise sanitaire passée l'enjeu sera a minima double :

- Consolider les processus de ciblage et de contractualisation d'une part
- Renforcer la capacité d'intervention du dispositif d'accompagnement des organismes ayant des difficultés structurelles (passer à une capacité autour de 8 à 10 par an) d'autre part.

[47] Ce second volet impliquerait la mobilisation d'une équipe renforcée au niveau national et la capacité à décharger ponctuellement ou durablement des cadres du réseau pour leur permettre d'intervenir auprès de collègues sans que cela pénalise leur propre structure (à prendre en compte dans le calibrage de leur propre équipe).

[48] S'agissant de l'appui aux caisses en difficultés conjoncturelles, le volume d'aide délivré semble inférieur à celui attendu. Toutefois dans un contexte de nouvelle trajectoire de diminution d'effectifs,

la question d'un renforcement de PHARE au-delà du niveau actuel, s'avérerait probablement délicate car se ferait au prix d'un effort plus grand sur les effectifs de base des CPAM. Par contre, si le processus IJ reste encore fortement embolisé en 2023, il conviendra de consolider les plateaux PHARE IJ et maintenir une logique de task force temporaire, en l'attente du déploiement d'ARPEGE AS. De même si l'accès à la C2S repartait fortement à la hausse du fait d'une dégradation de la situation économique, la question d'un réajustement des pôles PHARE C2S pourrait se poser, mais c'est hypothétique à ce stade.

[49] S'agissant de TRAM et des autres formes de mutualisation, les possibilités d'extension et de contribution à une trajectoire de baisse des effectifs sur la prochaine COG semblent très limitées. Les processus les plus propices à générer des gains dans le cadre d'une gestion mutualisée ont déjà été déployés dans le cadre de TRAM 1 et les gains sur ces processus sont déjà très largement réalisés ; la réduction des écarts de performance dans le cadre d'une convergence par le haut des activités mutualisées pourrait toutefois permettre de gagner un peu en ETP.

[50] D'autres processus ciblés sont envisageables mais les analyses initiées soulèvent souvent des coûts de coordination et d'interface qui limitent les possibilités d'optimisation ; les travaux doivent être prolongés⁶⁴. Mutualiser des processus massifs comme le règlement des IJ maladie semble non acceptable socialement, la voie de gains de productivité se situant plutôt dans les outils de gestion.

[51] Les difficultés observées sur les activités mutualisées de la relation clients appellent d'autres réponses, allant plutôt dans le sens de réinternalisation d'une partie de l'activité comme pour les pôles EPTICA et surtout de diversification des tâches des salariés concernés au sein des caisses porteuses des plateformes. Cela peut prendre deux principales formes : le développement du middle office avec le traitement de certains dossiers simples, ou l'implication dans des formes de relations clients plus diversifiées et qualifiées (mails et téléphone par exemple).

[52] **La mutualisation est plus prometteuse quand elle s'accompagne de programme de transformation SI et organisationnelle.** Sous cet angle, la finalisation du déploiement de Pléiade (numérisation des flux entrants par voie postale sur deux plateformes) est l'orientation la plus susceptible d'apporter une contribution à la trajectoire budgétaire de la prochaine COG, son déploiement à toutes les CPAM devant s'achever en 2022 (cf note d'étape sur les SI et la dématérialisation).

[53] Si les enjeux de gains ETP paraissent limités, la mutualisation peut offrir par contre d'autres apports en termes de continuité d'activité ou d'amélioration du service rendu, qui sont pointés dans les analyses conduites au sein de la MD 35. Cela justifie sa consolidation, en apportant des correctifs :

- Prendre en compte les activités mutualisées et leurs spécificités (cf PFS) dans les mécanismes de répartition des efforts liés à la trajectoire (MD 34) et l'ajustement charges/moyens dans la trajectoire.
- Optimiser le périmètre des mutualisations existantes et procéder à des extensions circonscrites de la mutualisation à de nouvelles activités, en pesant les gains quantitatifs et qualitatifs.
- Prioriser l'attribution d'activités mutualisées aux organismes de petite taille pour soutenir leur viabilité.

⁶⁴ La CNAM a évoqué la piste de la C2S participative

- Améliorer le pilotage : développer un suivi régional des activités mutualisées entre les caisses concernées pour donner aux caisses cédantes plus de visibilité sur les processus qui concernent leurs assurés et assurer aux caisses prenantes (notamment assurant des activités de gestion de la relation clients) plus de solidarité de la part des caisses cédantes ; renforcer la transparence sur la performance des pôles de mutualisation nationale (cf AME) compte tenu des impacts sur le front office des caisses.

[54] L'avancement du processus de mutualisation semble à date, très poussé et très piloté au niveau national ; il arrive donc à un niveau critique pour gagner en productivité, qualité de service et rééquilibrage de l'activité. Cela justifie de s'interroger sur d'autres organisations, au moins pour les caisses les plus petites, en lien avec l'organisation territoriale.

2 Hors objectif de la COG, le maillage territorial du réseau a très peu évolué ces dernières années mais il pourrait donner lieu à des ajustements mesurés sous la prochaine COG.

[55] La maille départementale est profondément ancrée dans l'identité de la branche et des CPAM et jusqu'à présent non remise en cause ni par la CNAM ni par ses tutelles (dans les COG successives) pour des raisons à la fois fonctionnelles et politiques. Des interrogations se posent toutefois sur l'opportunité d'aménagements ciblés qui, sans avoir des rendements massifs en termes d'effectifs, pourraient avoir du sens en termes de continuité des missions, de qualité de service et de réduction de surcoûts de gestion. Une partie de ces ajustements pourraient s'envisager dans une logique interbranches comme souligné dans le rapport IGAS-IGF relatif aux enjeux d'intérêt commun aux branches du régime général de sécurité sociale qui a largement approfondi ces sujets⁶⁵.

2.1 Une maille départementale essentielle mais pas toujours optimisée

2.1.1 Le maintien de quelques caisses infra départementales questionne, alors que la branche famille est allée au bout de la départementalisation

[56] Le maillage des CPAM a évolué entre 2004 et 2014 à travers le regroupement de caisses infra-départementales, le nombre de CPAM passant sur cette période de 127 à 101. Contrairement au réseau CNAF qui est allé au bout de sa départementalisation en 2017⁶⁶, le réseau CNAM compte encore plusieurs CPAM infra-départementales dans le Pas de Calais (Artois et côte d'Opale), le Nord (CPAM de Lille, de Tourcoing, des Flandres et du Hainaut), en Seine Maritime (CPAM de Rouen-Elbeuf-Dieppe et du Havre), et dans les Pyrénées Atlantiques (CPAM de Bayonne et de Pau Pyrénées).

[57] Des efforts importants d'harmonisation et de coordination entre caisses infra-départementales ont été réalisés (coordination des processus par la désignation de caisses pivot, concertation avant prise de position devant les commissions, accord sur les horaires d'ouverture des accueils...) et ces caisses de font pas ressortir d'enjeux atypiques ne matière de qualité de service. Toutefois des problèmes demeurent, pointés dans le rapport relatif aux enjeux communs des branches (hétérogénéité de doctrines, coûts de coordination, pluralité d'interlocuteurs pour les

⁶⁵ Rapport IGAS- IGF sur Les enjeux d'intérêt commun aux branches de sécurité sociale – décembre 2021.

⁶⁶ Fusion des deux CAF des Pyrénées atlantiques en 2017

professionnels de santé...)⁶⁷. L'échelle de certains territoires comme le Nord, la sensibilité politique de certains contextes territoriaux, les efforts de coordination déjà réalisés n'ont pas conduit à faire de la réorganisation des caisses infra-départementales une priorité.

[58] Dans le cadre de la prochaine COG, le sujet ne semble toujours pas devoir être une priorité de laquelle espérer des gains de postes significatifs. Par contre toute ouverture des contextes locaux à des évolutions permettant de dépasser la situation actuelle (instauration de directions communes, mutualisations renforcées de services, voire fusion en particulier pour les caisses de taille « moyenne ») mérite d'être saisie lors de la prochaine COG.

2.1.2 Des mutualisations de différents ordres à étudier pour consolider les caisses de taille restreinte

[59] La question de la taille critique de certaines caisses peut se poser. Pour un socle de missions identique en termes de production et de relation clients, **la taille des caisses varie en 2021 de 112 ETPR (CPAM de la Creuse) à 2 061 (CPAM de Paris), suivant la population de leurs départements d'implantation. 9 caisses comptent moins de 150 ETPR et 15 en comptent plus de 1 000**. La taille réduite de certaines caisses peut poser des problèmes de fragilité de l'activité compte tenu du nombre restreint d'agents sur les différents processus, voire, de façon moins flagrante toutefois, de productivité globale. La CNAM estime critique notion de « seuil critique » doit être appréhendée moins de façon globale, en fonction de la taille de la CPAM, que par processus, avec pour certains d'entre eux un dimensionnement sous lequel la mutualisation est posée. Pour autant la perspective d'une poursuite de la baisse des effectifs dans le cadre des trajectoires à venir risque d'accentuer les difficultés.

[60] Le maintien de la maille départementale sur tout le territoire est affirmé par la branche maladie, avec une grande continuité, pour de nombreuses raisons : proximité avec les assurés, représentativité dans le dialogue avec les partenaires territoriaux (professionnels de santé, établissements, collectivités locales...), maintien d'un socle commun organisationnel entre toutes les CPAM une offre de service large.

[61] La CNAM a donc développé d'autres voies de consolidation passant principalement par la mutualisation : attribution d'activités mutualisées et de missions nationales déléguées à des « petites » caisses⁶⁸ ou à l'inverse transfert des processus « experts » n'atteignant plus taille critique vers d'autres caisses, mutualisation de fonctions supports en intra et plus rarement en interbranche⁶⁹. La prise en compte de l'objectif de consolidation des caisses de taille modeste par l'attribution d'activités mutualisées devra constituer un axe affirmé de la politique de mutualisation dans le cadre de la prochaine COG. Les rapprochements ou fusion de caisses départementales en inter-régimes (CAF/CPAM) restent par contre à ce stade exceptionnels (cf. ci-après).

⁶⁷ Rapport IGAS n° 2021-04R/IGF n°2021-M-022-02

⁶⁸ La CPAM de la Creuse assure une mission nationale déléguée sur la définition du discours client (scripts médialog) ; celles d'Auch et de Bastia se sont vues confier une task force IJ, des pôles d'appui EPTICA sont gérés par les caisses de Foix, Bastia et Digne

⁶⁹ La mission n'a pas approfondi ce point à ce stade. Il sera traité dans le rapport final.

2.1.3 Des rapprochements CAF-CPAM encore limités

[62] La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 est venu assouplir les conditions de création de caisses communes (auparavant prévues à titre expérimental et dans les zones de revitalisation rurale)⁷⁰.

[63] L'exemple des CGSS des DOM témoigne, dans un contexte territorial spécifique et avec des difficultés certes, que des logiques de « maison commune » peuvent être possibles entre les différentes branches. En métropole, comme l'a montré le rapport IGAS/IGF relatif aux enjeux d'intérêt commun aux branches du régime général de la sécurité sociale, les rapprochements institutionnels de CAF et CPAM d'un même département, restent l'exception, même si des coopérations fonctionnelles peuvent exister ponctuellement (directions communes, services supports partagés, achats, locaux communs, pré-accueil commun...).

[64] Après la Lozère en 2009⁷¹, la CAF et la CPAM des Hautes Alpes ont fusionné en 2022 au terme d'un processus de rapprochement progressif. La CAF et la CPAM du Cantal disposent quant à elles d'une direction générale et d'une direction financière commune et partagent les mêmes locaux ; toutefois leur fonctionnement reste distinct et à ce stade elles n'ont pas souhaité s'engager dans la voie d'une fusion. La Creuse a également adopté une direction commune depuis octobre 2021.

La création de la caisse commune de sécurité sociale des Hautes Alpes rapprochant la plus petite CAF de France et la 5ème plus petite CPAM

Un contexte de rapprochement fonctionnel avancé : une direction commune et un CODIR commun depuis plusieurs années, des services supports gérés comme des services communs, un seul service d'action sociale, des locaux et un internet commun, une politique d'accueil commune pour le niveau 1, une démarche commune de lutte contre la fraude. Le constat d'une complexité de gestion : double budget, double suivi d'effectifs, double plan immobilier et informatique.

Les objectifs de la fusion : renforcer la qualité de service à l'utilisateur et aux partenaires en développant une offre plus globale, créer un collectif de travail favorisant l'entraide et les passerelles, simplifier la gestion, consolider dans la durée le modèle économique et maintenir l'emploi local ; être plus visible et lisible politiquement.

Le calendrier de la démarche : un projet porté par le directeur commun des deux caisses ; fin 2018 des résolutions des conseils locaux se prononçant favorablement sur l'opportunité d'étudier les conditions de faisabilité de la création d'une caisse commune ; 2019 groupes de travail ; 2020 suspension du processus du fait de la crise sanitaire ; reprise des travaux de juin à décembre 2021 ; arrêté du 10 septembre 2021 portant création de la CSSS des Hautes Alpes ; finalisation d'un programme d'élaboration de la caisse commune ; instauration de la CCSS au 1^{er} avril 2022.

[65] Le rapport IGAS-IGF précité pointe les avantages de ce type de démarche en termes de coûts de gestion (gouvernance allégée grâce à la fusion des conseils, fonctions supports mutualisées), de

⁷⁰ Art L. 216-6 du CSS : « Des organismes locaux du régime général de sécurité sociale peuvent, sur l'initiative de leurs conseils et conseils d'administration, proposer la création, aux fins d'opérer des mutualisations de services et de consolider l'implantation territoriale, d'une caisse commune exerçant les missions des organismes concernés. Cette caisse est créée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris après avis des conseils d'administration des organismes nationaux concernés ».

⁷¹ La caisse de la Lozère assure les missions d'une CPAM, d'une CAF et d'une URSSAF ; par ailleurs 52 % de ses effectifs assurent des missions régionales ou nationales dans le cadre de processus de redistribution d'activités menés par les différentes branches.

mobilité professionnelle des agents, de facilitation des projets interbranches métiers (lutte contre la fraude, parcours usagers ...).

[66] Il note toutefois l'absence d'évaluation chiffrée des gains, la difficulté de faire la part entre les gains tirés des activités mutualisées dans le cadre intra-branche (la moitié des effectifs de la CSS de Lozère correspondent à des activités mutualisées) et les apports de la fusion. Il pointe aussi des conditions de gestion qui restent encore complexes ; la diversité des sujets métiers traités au titre de chaque risque et plus encore les dispositifs de pilotage propre à chaque caisse nationale et les SI distincts, sont autant de facteurs à prendre en compte/limitants. La mise en commun des outils de suivi de l'activité (contrôle de gestion et comptabilité analytique) suppose ainsi un investissement significatif en termes informatiques.

[67] Du fait de leur complexité, ces démarches de fusion ne peuvent être que très ciblées et doivent constituer l'aboutissement d'un processus de coopération mûri. Par contre les coopérations interbranches sur les fonctions transverses et certains processus métiers, semblent devoir être promues et soutenues en ingénierie par les caisses nationales de façon plus large. Ces rapprochements convaincront d'autant plus localement, qu'ils n'apparaîtront pas uniquement comme des démarches « défensives » visant des gains d'efficacité mais aussi comme porteurs de plus-value en termes de service et de partenariats territoriaux : pérennité des structures, robustesse pour assumer leurs missions et de nouvelles, approches « métiers » coordonnées, parcours usagers interbranches.

[68] Une stratégie à la fois explicite et prudente pourrait être travaillée lors de la prochaine COG dans le cadre d'une convergence des stratégies nationales de la CNAM et de la CNAF. Il faut en attendre plus des gains de consolidation du service aux assurés et de la gestion interne, que de réduction d'effectifs.

[69] Le tableau ci-dessous retraçant les CAF et CPAM d'un même département de moins de 150 agents, permet d'avoir une idée des structures en situation potentiellement critique à terme, tout en mesurant la diversité des contextes territoriaux.

Tableau 7 :

CAF et CPAM ayant moins de 150 ETP			
CAF DE LA CREUSE	93	CPAM DE LA CREUSE	103
CAF DE L'ARIEGE	79	CPAM DE L'ARIEGE	106
CAF DU TERRITOIRE DE BELFORT	84	CPAM DU TERRITOIRE DE BELFORT	111
CAF DE LA CORSE DU SUD	64	CPAM DE LA CORSE DU SUD	125
CAF DU LOT	98	CPAM DU LOT	125
CAF DE LA HAUTE MARNE	134	CPAM DE LA HAUTE MARNE	135
CAF DU GERS	90	CPAM DU GERS	137
CAF DE LA HAUTE CORSE	85	CPAM DE LA HAUTE CORSE	147
CAF ayant moins de 150 ETP et CPAM ayant moins de 200 ETP			
CAF DE L'INDRE	126	CPAM DE L'INDRE	151
CAF DE LA HAUTE LOIRE	107	CPAM DE LA HAUTE LOIRE	156
CAF DE LA NIEVRE	105	CPAM DE LA NIEVRE	164
CAF DES ALPES DE HAUTE PROVENCE	77	CPAM DES ALPES DE HAUTE PROVENCE	167
CAF DE LA HAUTE SAONE	92	CPAM DE LA HAUTE SAONE	167
CAF DE L'AVEYRON	135	CPAM DE L'AVEYRON	170
CAF DU TARN ET GARONNE	110	CPAM DU TARN ET GARONNE	170
CAF DES HAUTES PYRENEES	147	CPAM DES HAUTES PYRENEES	187
CAF DE LA MEUSE	75	CPAM DE LA MEUSE	192
CAF DE L'ORNE	121	CPAM DE L'ORNE	196
CAF DES ARDENNES	122	CPAM DES ARDENNES	196

Source : Mission à partir des données UCANSS 2021.

2.2 Un maillage infra-départemental dense qui a peu évolué ces dernières années, dans un contexte marqué par le développement des Maisons France Services

[70] Le maillage territorial infra-départemental du réseau de la CNAM répond aux éléments de contexte et d'orientation suivants :

- Une tendance au long cours à la réduction de la place de l'accueil physique, parallèlement à l'augmentation d'autres canaux de contact clients (compte Ameli, téléphone, mails) dans le cadre d'une stratégie multicanale de nature à consolider/amplifier cette évolution⁷².
- Une politique immobilière qui vise à une modernisation et aussi à une optimisation des implantations de production et d'accueil, en vue d'une réduction des coûts immobiliers.
- Une absence de stratégie nationale affichée en matière de réduction du maillage territorial du fait de la grande sensibilité politique du sujet mais des projets de rationalisation de leur maillage portés par les CPAM à leur initiative.
- Le développement du programme France services à compter de 2019 dont CNAM est l'un des principaux partenaires mais sans en faire à ce stade, un élément très affirmé nationalement de sa stratégie d'accueil.

[71] La recherche de marges dans le cadre de la trajectoire de moyens s'inscrit dans ce contexte.

2.2.1 Un maillage dense des lieux d'accueil dans un contexte d'évolution des canaux de contact qui tend à réduire la part de l'accueil physique

[72] Il y a plusieurs types de présence territoriale des CPAM sur leur territoire, qui portent des enjeux différenciés en termes de mobilisation d'effectifs :

- Des sites de production, souvent mixtes avec de l'accueil du public, dans la ville-centre et dehors de cette dernière. Leur activité de production n'est pas nécessairement liée aux demandes de leur territoire proximité et donc est susceptible d'être régulée en fonction des ressources RH disponibles. Les enjeux tiennent à une bonne régulation de l'activité, à la situation immobilière et à l'ancrage dans l'emploi local.
- Des sites d'accueil du public, avec la présence permanente d'agents CPAM, dans des pôles urbains « secondaires » du département, avec un rapport niveau d'activité/ressources RH variable selon les lieux.
- Des permanences d'accueil, d'intensité très inégale, chez des partenaires (collectivités locales, maisons associations ...) qui répondent à des enjeux de proximité et d' « aller vers » pour des personnes souvent éloignés (géographiquement, culturellement) des services publics, avec un rapport niveau d'activité/ressources RH qui peut être limité.

⁷² Une diminution particulièrement prononcée de l'accueil physique a été amorcée avant la crise sanitaire et amplifiée à l'occasion de cette dernière (de 12,8 M de personnes accueillies en 2018 à 8,8 M en 2019 puis à 4,5 M en 2021). On observera toutefois une stabilisation des pratiques depuis 2020 (voir Note sur la Trajectoire des effectifs 2018/2022).

[73] Comme l'a pointé le rapport IGAS-IGF précité sur les enjeux interbranches, les données présentes dans l'outil RIOSS offrent une lisibilité relative au niveau national sur la structure du réseau d'accueil, du fait d'une grande diversité des intitulés et du flou sur la présence ou pas d'agents « assurance maladie » chez les partenaires cités. Il en résulte des chiffres hétérogènes, difficiles à exploiter. Un travail de clarification serait bien venu dans les prochaines COG des différentes caisses.

[74] **Selon des données en date de 2020 communiquées à la mission par la CNAM, 1016 points d'accueil du public disposent d'agents d'accueil CNAM qui se répartissent entre 443 agences (avec une présence pérenne) et 573 points d'accueil (présence plus ou moins ponctuelle).** S'y ajoutent les 940 sites portés par les MFS ou maisons de service public, le plus souvent sans présence physique d'agents assurance maladie (doctrine CNAM sur ce point pas toujours suivie par les CPAM).

[75] La structure de ce réseau est très variable en nombre et nature de sites selon les CPAM : entre 1 à 18 agences et de 1 à 37 points d'accueil, avec des équilibres très différents pour des départements de même taille démographique.

[76] **La Cour des comptes ⁷³souligne une baisse sensible (près de 33 %) entre 2014 et 2018 du nombre de sites d'accueil (propres ou hébergés) avec présence des agents de l'assurance maladie.** Cela tend à montrer que le plus gros des réorganisations et des gains en effectifs sont probablement déjà engrangés, même si la diversité du maillage des CPAM, non réductible aux seules réalités géographiques et démographiques, pourrait indiquer que quelques démarches de rationalisation restent à conduire.

Tableau 8 : Evolution du nombre de sites d'accueil disposant d'agents des caisses (2014-2018)

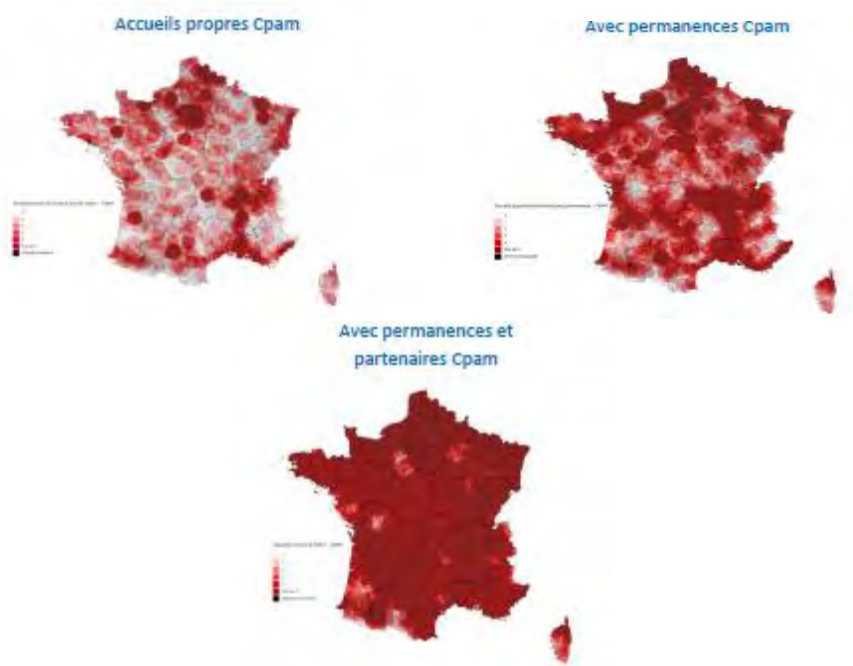
	2014	2018	Taux d'évolution
Branche famille			
Nombre total de sites	1 582	1 394	-11,9 %
- Agences et antennes	340	297	-12,6 %
- Permanences hébergées par des partenaires	1 242	1 097	-11,7 %
Branche maladie			
Nombre total de sites	2 125	1 432	-32,6 %
dont sites de catégorie D (moins de 5 000 visites par an)	1 304	944	-27,6 %
Branche vieillesse			
Nombre total de sites	951	525	-44,8 %
- Agences retraite	285	223	-21,8 %
- Points d'accueil retraite hébergés par des partenaires	666	302	-54,7 %

Source : Cour des comptes, *La sécurité sociale 2019 : rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019.*

[77] **La COG de la CNAM n'affiche pas d'engagement en termes de maillage territorial contrairement à celle de la CNAV (un site d'accueil à moins de 30 mn pour tous les assurés).** Toutefois selon le rapport interbranche, 10 % des assurés seraient à plus de 30 mn d'un accueil propre des CPAM et 1 % d'entre eux à plus d'une heure ; ces chiffres tomberaient à 2 % de personnes (1,2 M) à plus de 30 mn et 60 000 personnes à plus d'une heure, si on ajoute les permanences CPAM aux agences (hors MFS et MSAP). Le pôle Sciences des données de l'IGF a produit les cartes suivantes qui témoignent d'un maillage globalement dense même si inégal (avec des zones blanches pas seulement en zones de montagne) :

⁷³ Cour des comptes, la sécurité sociale 2019 : rapport sur l'application des lois de finances de la sécurité sociale, octobre 2019.

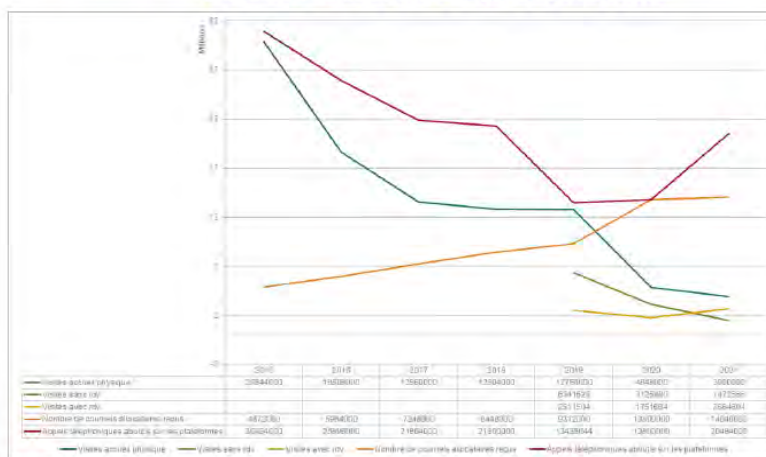
Carte 1 : Cartographie des accueils en CPAM



Source : IGF. Pôle sciences des données.

[78] **Les évolutions du maillage s’inscrivent dans un contexte de baisse des effectifs des caisses (CCD et CDI) affectés à l’accueil physique**, du fait du développement des télé-services et de la réduction au long cours des flux de visites amplifiée par la crise COVID. Les effectifs affectés à cette fonction ont été réduits de 1078 entre 2017 et 2021 (3 860 à 2 782 ETP), soit une baisse de 28%, ce qui en fait un processus très fortement contributeur à l’effort d’efficience.

Graphique 7 : Graphique 1 Evolution des contacts entrants du réseau de la Cnam selon les différents canaux hors services en ligne entre 2015 et 2021



Source : Mission Données Cnam

[79] **La stratégie multicanale déployée par la CNAM** est de nature à consolider/amplifier cette évolution : elle vise à repositionner l’accueil physique soit sur un accueil sans RDV en forte autonomie des assurés, soit sur un accueil sur RDV pour les situations plus complexes en développant les RDV téléphoniques préalables qui évitent les RDV physiques dans 40 % des cas.

[80] A court et moyen terme, la tendance n'est donc probablement pas l'accroissement de l'accueil physique. Pour autant, il ne faut pas faire l'impasse sur les besoins d'accueil d'assurés peu mobiles et/ou peu à l'aise avec les démarches en ligne, sous peine d'accroître les problèmes d'accès aux droits et le sentiment d'abandon pointés par la Défenseure des droits dans son rapport d'activité 2021. Des solutions (visio, téléphone, accueil de premier niveau dans les maisons France services) peuvent constituer des alternatives mais à certaines conditions : qualité de l'accueil téléphonique, accès à des réponses de second niveau si besoin.

2.2.2 Un développement des maisons France services à intégrer de façon plus explicite dans la stratégie d'accueil de la CNAM

[81] Le programme France services lancé en 2019 vise à créer une maison France services (MFS) dans chacun des cantons ainsi que dans des quartiers politique de la ville (QPV) soit un objectif de 2700 MFS, avec l'ambition que chaque habitant ait accès à une MFS à moins de 30 mn en voiture de son domicile. 2197 MFS étaient labellisées en avril 2022 et portées par différents acteurs, des collectivités locales, la Poste, des associations.

Quelques éléments sur les Maisons France services

Le cahier des charges national des MFS prévoit un accompagnement dans les démarches administratives quotidiennes, une aide dans les démarches en ligne, un appui pour résoudre les situations plus complexes en lien avec les réseaux partenaires, la mise à disposition d'outils informatiques et l'accompagnement dans leur utilisation. Au moins deux agents polyvalents d'accueil doivent être présents, avec 24 H d'ouverture minimum par semaine.

Une aide annuelle de 30 000€ par an est versée par l'Etat pour un coût moyen de 100 000€, les collectivités locales assumant l'essentiel du reste. Les MFS délivrent un bouquet de services adossé à 9 partenaires nationaux (Intérieur et justice, DGFI, pôle emploi, CNAV, CNAM, CNAF, MSA) qui peut comporter également une offre de services locaux.

Les partenaires s'engagent à former les agents d'accueil des MFS, à mettre en place un correspondant référent par MFS, à assurer des RDV en visio dans les MFS pour les situations complexes ; par contre une règle nationale de l'ensemble des caisses de non organisation de permanences pour les demandes supérieures au niveau 1, même si dans les faits des caisses le font en substitution de leurs anciennes permanences.

[82] Le champ assurance maladie était le troisième en volumes de demandes traitées par les MFS en 2020 (16,5 %). La CNAM est partie prenante du programme France Services et liée par une convention. Toutefois ce partenariat n'apparaît pas comme un élément fortement affirmé dans la stratégie d'accueil multicanal de la caisse nationale, alors qu'il l'est au niveau local dans les stratégies d'accueil des CPAM du fait de leurs liens avec leurs sponsors, élus locaux et préfetures.

[83] Les MFS apparaissent comme complémentaires pour l'accueil de niveau 1, dans un double contexte : tendance à la réduction du maillage des points d'accueil des CPAM et de développement de télé-services qui suscitent un besoin d'accompagnement pour une partie de la population (illettrisme, non équipement, complexité des démarches à réaliser).

[84] Localement, les CPAM sont très en lien avec les MFS (formation, information, orientation d'usagers). Elles en font un retour plutôt positif même si elles regrettent parfois, voire souvent, des

implantations peu concertées⁷⁴ et craignent que le foisonnement des MFS ne génère des demandes lourdes à honorer (en termes de formation). Même si la directive de la Caisse nationale est à l'absence d'agents CPAM dans les MFS, certaines caisses le pratiquent, par redéploiement des permanences ponctuelles dans d'autres sites (mairies ...).

[85] Le rapport IGAS-IGF précité préconise de « passer d'une logique d'addition à une logique de substitution », sous réserve de dispositifs de visio-conférences robustes en MSP et de garantir un haut niveau de suivi de la qualité de service. Il énonce les pistes suivantes que partage la mission:

- A court terme sur la prochaine COG, il s'agirait pour les CPAM de redéployer vers les MSP les permanences physiques réalisées dans d'autres lieux (mairies notamment), avec tout ou partie des moyens qui leur sont consacrés et également le développement de RDV en visio. La CNAM compte ainsi près de 600 points de permanence, avec parfois une présence très ponctuelle. Cela permettrait d'assurer un accueil de 1^{er} niveau plus « expert » au sein des MFS, tout en dégageant dans certains cas des marges en termes de ressources RH. Selon la CNAM, ce processus est très largement engagé.
- A plus long terme, une consolidation et une montée en qualité des MFS pourraient permettre d'ajuster le réseau d'accueil, en prenant en compte les réalités propres à chaque département (densité des lieux des points d'accueil assurance maladie, des MFS, contraintes géographiques...).

[86] Ces évolutions, en particulier à long terme, impliquent toutefois plusieurs conditions : la robustesse des MFS dans la durée (ce qui implique une consolidation de leurs financements, en particulier de partenaires comme la CNAM si cela leur permet de réduire leurs propres sites⁷⁵), la formation de leurs agents, un reporting fiable et structuré auprès de leurs partenaires sur l'activité réalisée⁷⁶, la réactivité des réponses de second niveau en cas de saisine par les MFS des services des caisses.

2.2.3 Une stratégie nationale à expliciter prenant en compte des objectifs d'optimisation du maillage et des implantations immobilières mais aussi de qualité de la relation clients et d'emploi local.

[87] Lors de la COG 2018-22, les ajustements du maillage territorial ont relevé d'initiatives locales, sans cadrage national, et dans un contexte global (en particulier la crise des gilets jaunes) qui a découragé les intentions de transformation de certains directeurs et directrices de caisse. Pour autant certains projets ont pu être conduits, à chaque fois dans un contexte spécifique. L'Isère est un exemple « gagnants-gagnants » de projet global.

⁷⁴ En Isère par exemple dans 5 communes cohabitent MFS et des sites d'accueil CPAM, d'où des projets dans des locaux communs sur deux sites.

⁷⁵ Selon le rapport IGAS IGF précité, la participation annuelle de la CNAM au financement des MFS en 2020 s'est élevée à 2,5M€, soit l'équivalent d'une participation par demande traitée de 21€. Cela représente l'équivalent de 62 ETP à 40 000€.

⁷⁶ La CNAM insiste d'autant plus sur ce point, mentionné également lors des déplacements de terrain, que sa contribution financière à France Services dépend de l'activité délivrée.

La CPAM de l'Isère se distinguait en 2018 d'un maillage territorial très atypique par sa densité, même pour un département de montagne : 13 agences et 4 points d'accueil⁷⁷ CPAM ainsi que 21 permanences opérées par 79 agents de la caisse. De 2019 à 2017 le maillage territorial de l'accueil physique a été revu pour passer à 5 agences, 9 points d'accueil ; une agence et deux points d'accueil (à Grenoble) ont été fermés. Les 21 permanences ont été arrêtées et redéployées vers les MFS les plus proches. Deux points accueil partagent leurs locaux avec une MFS. Les effectifs globaux de l'accueil physique en Isère ont diminué de 25 ETP soit 27 % sur la durée de la COG et la part des effectifs d'accueil dans les effectifs de la CPAM ont rejoint la moyenne régionale ; une partie des postes a été redéployée sur d'autres fonctions dont la mission d'accompagnement social fortement renforcée.

Les sites de production ont également été remaniés. L'Isère comptait 9 sites de production, avec des processus répartis sur 2, 3 voire 4 sites, d'où des difficultés de pilotage de la production, un impact sur la performance et des coûts de fonctionnement importants. D'où un projet de passage à 7 sites de production avec la fusion de sites, une nouvelle répartition des activités et un projet interbranche et caisses sur Vienne (CARSAT, ELSM, URSSAF, à terme une antenne du CES de la CPAM du Rhône) dans des locaux modernisés. Le télétravail et des solutions de co-working peuvent contribuer à limiter les temps de déplacement des agents.

[88] Par ailleurs les initiatives d'accueils interbranches semblent encore marginales selon le rapport IGAS-IGF (Beaucaire, territoire de Belfort, Jura, Pau, Gap) ; elles apparaissent peu portées par les caisses nationales et donc dépendantes d'une conjonction de volontés au niveau local. Or sur certains sites, elles peuvent apparaître comme un moyen de consolider voire améliorer le service rendu, plus d'ailleurs que porteuses de gains en termes d'effectifs.

[89] **Pour la COG à venir, compte tenu des efforts déjà réalisés en matière de réduction des sites et de la grande sensibilité du sujet du maillage des territoires en services publics, faire de la révision du maillage territorial un des leviers majeurs de la trajectoire en effectifs, ne semble pas réaliste.** Par contre des démarches plus explicites pourraient être élaborées, selon les pistes suivantes :

- Un diagnostic du maillage infra-départemental des caisses et de leur stratégie en ce domaine, en lien avec les dialogues de gestion. Sur cette base, des orientations individualisées, prenant en compte le contexte local, pourraient être partagées entre les CPAM et le niveau national, dans les départements ressortant comme prioritaires pour un travail d'ajustement de leur maillage.
- Capitaliser sur cette démarche de diagnostic et de projets locaux, pour produire au niveau national des principes méthodologiques et orientations à décliner en fonctions des contextes locaux et des prérogatives des conseils des caisses.
- **Rationaliser les permanences ponctuelles, en privilégiant les permanences en MFS** et mieux intégrer les MFS dans la stratégie d'accueil de l'assurance maladie en renforçant les complémentarités
- Promouvoir les accueils interbranches partagés sur la base des diagnostics territoriaux précités, en lien avec les stratégies immobilières interbranches, dans leur cadre d'orientations partagées entre caisses nationales.

⁷⁷ Les agences sont ouvertes 8H 5 jours sur 7, les points d'accueil entre 2 à 4 jours par semaine 7 H par jour

ANNEXE 7 : Indemnités journalières

SOMMAIRE

1	UNE PRESTATION DONT LA GESTION PEU PERFORMANTE A DE FORTS IMPACTS EN TERMES DE QUALITE DE SERVICE AUX ASSURES ET DONT LE DYNAMISME STRUCTUREL A BONDIT PENDANT LA CRISE	148
1.1	UNE AUGMENTATION DE PLUS DE 4% PAR AN EN MOYENNE DES ARRETS (TOUS MOTIFS) ET DES IJ A PARTIR DE 2014, QUI BONDIT PENDANT LA CRISE SANITAIRE, AVEC UN PIC AU DEBUT DE L'ANNEE 2022	148
1.1.1	<i>Une croissance qui touche les indemnités journalières versées au titre de la maladie et des accidents du travail/maladies professionnelles.....</i>	148
1.1.2	<i>Une croissance des IJ maladie (subrogées ou non) plus forte que celle des bénéficiaires et du nombre d'arrêts indemnifiés.....</i>	149
1.1.3	<i>Une évolution du volume et de la durée des arrêts de travail due à des facteurs exogènes à l'assurance maladie</i>	151
1.1.4	<i>La croissance très importante des IJ pendant la crise s'est accompagnée de la mise en place d'un dispositif dérogatoire.....</i>	152
1.2	UNE REGLEMENTATION COMPLEXE ET DES SYSTEMES D'INFORMATION DONT LA PERFORMANCE DOIT ETRE AMELIOREE.....	154
1.2.1	<i>La complexité du régime des IJ conduit à une perte de lisibilité pour les acteurs et les bénéficiaires</i>	154
1.2.2	<i>L'intégration au régime général des travailleurs indépendants en 2020 a été pour la CNAM une opportunité pour développer un nouvel outil de gestion des indemnités journalières.....</i>	155
1.3	UN PROCESSUS COUTEUX EN GESTION POUR L'ASSURANCE MALADIE ET A FORT ENJEU EN TERME DE RELATION DE SERVICE .	157
1.3.1	<i>Un processus séquencé et multipartite.....</i>	157
1.3.2	<i>Un processus consommateur de ressources, qui ont dû être renforcées durant la crise sanitaire</i>	159
1.3.3	<i>Les solutions mises en œuvre pour répondre à l'explosion de la volumétrie des IJ.....</i>	160
1.3.4	<i>Une activité à très fort impact en termes de qualité de service.....</i>	162
2	LES ENGAGEMENTS PREVUS DANS LA COG 2018-22 N'ONT ETE QUE PARTIELLEMENT TENUS	165
2.1	LA CAISSE NATIONALE N'A QUE PARTIELLEMENT TENU LES CINQ ENGAGEMENTS QUI LUI ONT ETE FIXES DANS LE CHAMP DES INDEMNITES JOURNALIERES.....	165
2.1.1	<i>Elle était liée par cinq engagements rattachés à trois axes stratégiques.....</i>	165
2.1.2	<i>Les résultats des six indicateurs associés aux engagements et actions montrent que la caisse nationale n'a atteint que partiellement les objectifs qui lui étaient fixés.....</i>	166
2.1.3	<i>L'analyse des indicateurs montre une grande dispersion entre les CPAM dans l'atteinte des objectifs</i>	168
2.2	L'ÉTAT A GLOBALEMENT TENU SES DEUX ENGAGEMENTS.....	172
3	LA GENERALISATION DE LA DEMATERIALISATION DES DECLARATIONS ET L'AMELIORATION DE LA PERFORMANCE DES OUTILS DE GESTION AU SERVICE DE L'EFFICIENCE ET DE LA QUALITE DE SERVICE	173
3.1	LA GENERALISATION DE LA DEMATERIALISATION DES DECLARATIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET DES EMPLOYEURS POUR FLUIDIFIER ET ACCELERER LES DELAIS DE REGLEMENT DES IJ.....	173
3.1.1	<i>Le télé service de déclaration des avis d'arrêt de travail prescrits est encore insuffisamment utilisé par les professionnels de santé</i>	173
3.1.2	<i>Fluidifier et accélérer le processus de transmission par les employeurs à l'assurance maladie des données de rémunération des assurés</i>	175
3.2	LE DEPLOIEMENT D'ARPEGE POUR AMELIORER LA PERFORMANCE DE LA GESTION DES IJ DES SALARIES.....	181
3.3	LE RENFORCEMENT DES ECHANGES DE DONNEES ENTRE OPERATEURS	183
4	SIMPLIFIER LA LEGISLATION/REGLEMENTATION, POUR GAGNER EN EFFICIENCE ET EN QUALITE DE SERVICE	184
4.1	DIFFERENTS OBJECTIFS QUI CONCOURENT A UNE AMELIORATION DE L'EFFICIENCE DE LA GESTION DES INDEMNITES JOURNALIERES	184
4.2	LES MESURES DE SIMPLIFICATION ET D'HARMONISATION PROPOSEES :	184
4.2.1	<i>L'harmonisation des périodes de référence et de l'assiette de ressources utilisées pour le calcul des IJ est prioritaire.....</i>	184

4.2.2	<i>D'autres mesures pourraient contribuer à l'objectif de simplification et d'harmonisation</i>	185
5	UN ACCOMPAGNEMENT PLUS ETROIT ET DES CONTROLES PLUS NOMBREUX ET MIEUX CIBLES DES ARRETS DE TRAVAIL SONT NECESSAIRES A L'AMELIORATION DE LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS.....	186
5.1	ACCROITRE LA RESPONSABILISATION DES ACTEURS PAR UNE INFORMATION ET UN ACCOMPAGNEMENT RENFORCES	190
5.1.1	<i>Renforcer l'accompagnement des médecins prescripteurs</i>	190
5.1.2	<i>Sensibiliser davantage les assurés</i>	193
5.2	POURSUIVRE LES EFFORTS ENGAGES EN VUE DE S'ASSURER D'UNE JUSTE PRESCRIPTION DES ARRETS DE TRAVAIL PAR UNE POLITIQUE DE CONTROLE CIBLEE DES MEDECINS PRESCRIPTEURS	194
5.2.1	<i>Développer la complémentarité des compétences au sein du service médical pour renforcer sa capacité à agir en matière de contrôle</i>	194
5.2.2	<i>Améliorer les outils mis à la disposition du service médical pour faciliter et mieux cibler les situations nécessitant un contrôle renforcé</i>	195
6	EVALUATION DE LA CONTRIBUTION POTENTIELLE DE LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS DU PRESENT RAPPORT A LA TRAJECTOIRE DES EFFECTIFS DE LA PROCHAINE COG.....	196
6.1	EVALUATION DU VOLUME D'IJ A TRAITER D'ICI A 2027	197
6.2	EVALUATION DE L'IMPACT, PAR NATURE ET INTENSITE, ATTENDU DE LA MISE EN ŒUVRE DES MESURES RECOMMANDEES PAR LA MISSION.....	197
6.3	EVALUATION DES GAINS D'EFFECTIFS SUSCEPTIBLES D'ETRE DEGAGES A ECHEANCE DE 2027	199

Introduction

[1] Conformément aux dispositions des articles L. 323-1 et suivants et L. 433-1 du code de la sécurité sociale, l'assuré, considéré par le médecin comme inapte à exercer son activité professionnelle en raison de son état de santé, du fait de la maladie ou bien d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (ATMP), bénéficie d'un arrêt de travail lui ouvrant droit au versement d'une indemnité journalière (IJ) en substitution d'une partie de son salaire⁷⁸. La liquidation de cette indemnisation obéit à des conditions d'ouverture de droits et des modalités de calcul différentes en fonction des risques couverts, de la durée de l'arrêt, de la situation familiale et de la nature de la maladie de l'assuré. Il s'agit donc d'un revenu de remplacement qui revêt un caractère d'autant plus sensible pour l'assuré que la durée de son arrêt de travail est longue et que la dépendance à ce revenu de remplacement est élevée, en particulier pour les assurés ayant de faibles revenus, du fait de l'exercice d'une activité discontinuée (alternance de période d'activité et de chômage), ou relevant de plusieurs employeurs. Ce revenu peut être, selon le choix de l'employeur, versé directement par lui à l'assuré (IJ subrogées)⁷⁹ ou versé par l'assurance maladie (IJ non subrogées).

[2] En 2020, s'agissant des IJ versées au titre de la maladie, qui représentent la part très majoritaire des IJ, 8,4 millions d'arrêts de travail, soit 280 millions de journées, ont été accordés au bénéfice de 5,9 millions de bénéficiaires, pour un montant de 9,2 Md€. Par ailleurs, 33 millions d'IJ dérogatoires au titre du COVID ont été indemnisées, à hauteur de 1,1 Md€. La gestion des IJ mobilise directement près de 4000 ETP au sein des CPAM en 2020, au titre de la maladie/maternité/paternité et des AT/MP. 1 700 ETP sont par ailleurs dédiés au sein des directions régionales du service médical (dont environ 400 praticiens conseil) au suivi et au contrôle des arrêts de travail qui constituent le fait générateur des IJ. Le processus de traitement des IJ est complexe, il fait intervenir le médecin, l'assuré, l'employeur, puis les services de l'assurance maladie (services administratifs et médicaux). Malgré les efforts déployés en matière de gestion et le pilotage rapproché de ce processus mis en place, la gestion des IJ reste un processus encore mal maîtrisé par la CNAM, pour des raisons qui ne lui sont pas toutes imputables. Cela est souligné en particulier par la Cour des Comptes en 2019 et par une mission IGAS-IGF en 2017⁸⁰ : les délais moyens de traitement ne respectent pas les cibles fixées par la COG et les écarts de performance entre caisses sont importants, avec des conséquences potentiellement cruciales pour les assurés économiquement les plus fragiles.

[3] Alors même que l'évolution tendancielle du volume des IJ dépend de facteurs exogènes à l'assurance maladie, la gestion des IJ a été percutée par la crise sanitaire, amenant l'assurance maladie à prendre des mesures d'urgence de renforcement des effectifs (entraide et *task force* dédiée) et d'accompagnement des assurés les plus fragiles (y compris financier par l'intervention de l'action sociale des caisses), compte-tenu de l'allongement des délais de règlement des IJ non subrogées.

[4] La complexification du marché du travail, avec un accroissement des carrières discontinuées (alternance de périodes d'activité et de chômage), relevant de plusieurs employeurs, la poursuite de l'allongement de la durée d'activité et du vieillissement de la population active, nécessitent

⁷⁸ Des indemnités sont aussi versées en cas de maternité, paternité ou d'adoption.

⁷⁹ L'employeur se fait dans un second temps rembourser par l'assurance maladie les IJ qu'il a versées

⁸⁰ Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Octobre 2019. Revue de dépenses IGAS-IGF « L'évolution des dépenses d'indemnités journalières ».

d'identifier l'ensemble des leviers d'amélioration du processus susceptibles d'être mobilisés de manière urgente, en début de la prochaine COG, compte-tenu de la sensibilité sociale du sujet et de la forte dégradation des délais de règlement observée depuis le début de l'année 2022.

[5] La mission a analysé les différents facteurs susceptibles d'agir sur l'efficacité du processus : la performance des systèmes d'information et la dématérialisation, les simplifications possibles de la réglementation et la gestion du risque. Comme demandé dans la lettre de mission, elle s'est plus particulièrement penchée sur les IJ maladie non subrogées, au regard des délais de traitement de ces indemnités et des conséquences de ces délais sur la situation des assurés concernés ainsi également que sur les processus de gestion de l'assurance maladie. Cette analyse a porté en priorité sur le processus de gestion de l'IJ en vue de la liquidation de la prestation, dans une logique de maîtrise de la production et de qualité de service. La gestion du risque liée aux arrêts de travail (paiement à bon droit de la prestation et contrôle des arrêts de travail) est cependant abordée, notamment dans la partie 5.

[6] Par ailleurs, au regard de l'importance que représente la gestion des IJ pour l'assurance maladie, en matière de qualité de service comme en termes de collaborateurs mobilisés par le processus de gestion lui-même ou sollicités au titre des canaux de contact, la mission a considéré qu'il était souhaitable d'accompagner les recommandations formulées d'une d'évaluation de leur impact potentiel en matière d'effectifs en prévision de la prochaine COG.

1 Une prestation dont la gestion peu performante a de forts impacts en termes de qualité de service aux assurés et dont le dynamisme structurel a bondi pendant la crise

1.1 Une augmentation de plus de 4% par an en moyenne des arrêts (tous motifs) et des IJ à partir de 2014, qui bondit pendant la crise sanitaire, avec un pic au début de l'année 2022

1.1.1 Une croissance qui touche les indemnités journalières versées au titre de la maladie et des accidents du travail/maladies professionnelles

[7] En 2019⁸¹, 8,9 millions d'arrêts de travail (tous motifs)⁸² correspondants à 361 millions de journées ont été indemnisés au profit de près de sept millions de bénéficiaires⁸³. Ils représentent une dépense de 13,9 Md €⁸⁴. Avant même le déclenchement de la crise sanitaire, le graphique 1 fait apparaître une évolution tendancielle du montant des indemnités versées marquée à compter de 2014 : alors que le montant des IJ maladie avait augmenté de 6% entre 2010 et 2014, soit

⁸¹ La mission a fait le choix d'analyser en premier lieu la période courant jusqu'à 2019 inclus pour éviter tout risque d'interférence possible, à compter de 2020 avec les effets sur l'activité de la crise sanitaire (hors arrêts COVID). Cela n'induit pas que les effets tendanciels ne se poursuivent pas au-delà de 2019.

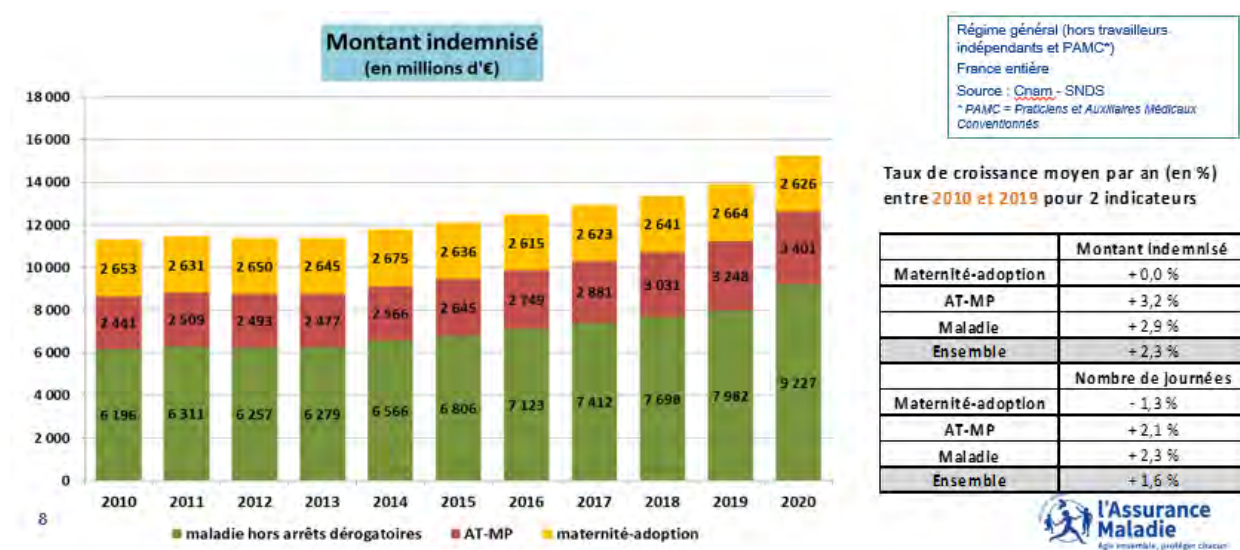
⁸² Dont 80% sont représentées par les arrêts maladie

⁸³ En 2019, le nombre de bénéficiaires d'indemnités journalières (IJ) maladie s'est élevé à 5,1 millions, à 0,5 millions s'agissant des bénéficiaires des arrêts liés à la maternité et à l'adoption, à 0,9 millions pour les bénéficiaires ATMP. 0,31 millions d'arrêts liés à la paternité ont par ailleurs été dénombrés.

⁸⁴ Source CNAM.

+1,5% en moyenne par année, ce même montant a progressé de 21,5% entre 2014 et 2019, soit +4,3% en moyenne par an⁸⁵.

Graphique 5 : Evolution 2010-2020 des montants indemnisés (tous motifs)



Source : CNAM.

[8] Les dernières données communiquées par la CNAM font état d'une augmentation de 16,5% des IJ maladie entre 2018 et 2022 (janvier à mai), sous l'effet en particulier des IJ dérogatoires mises en place dans le cadre de la crise sanitaire.

[9] S'agissant des IJ des travailleurs indépendants, depuis leur intégration au régime général, leur poids relatif est resté relativement stable au sein des régimes « régime général et régime social indépendant » cumulés (entre 2% et 2,5% par an des dépenses des IJ non dérogatoires)⁸⁶.

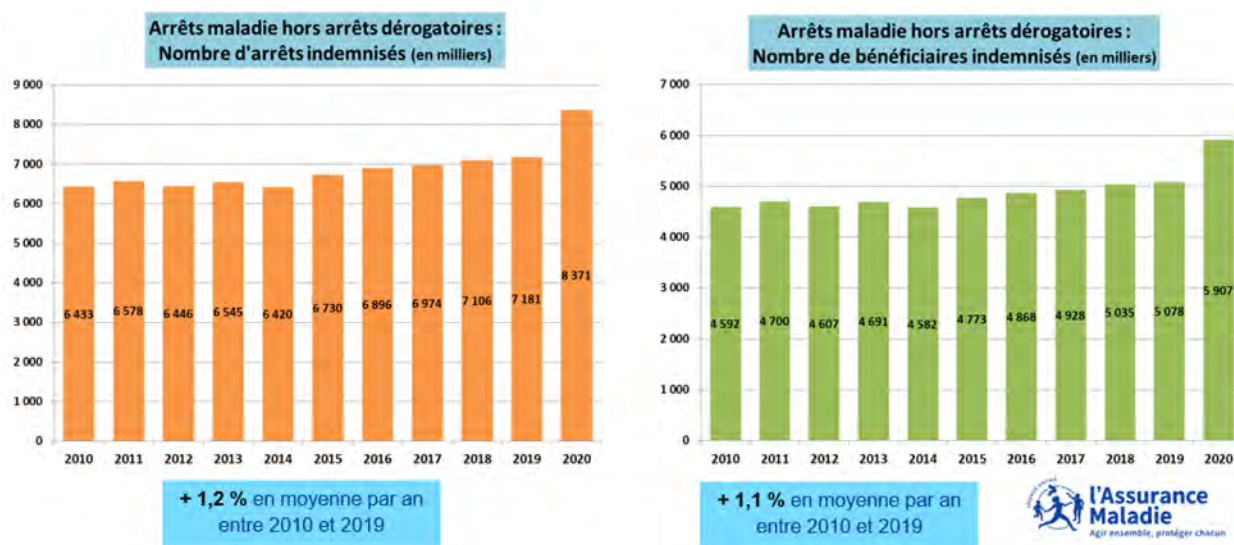
1.1.2 Une croissance des IJ maladie (subrogées ou non) plus forte que celle des bénéficiaires et du nombre d'arrêts indemnisés

[10] De 2014 à 2019, l'augmentation du nombre d'arrêts de travail liés à la maladie et de bénéficiaires est moins importante (respectivement de 11,8% et 10,8%) que celle des montants indemnisés (cf. + 21,5%). Cela traduit donc un double processus en cours, celui d'une augmentation régulière de l'absentéisme maladie couplé à un plus haut niveau d'indemnisation de cet absentéisme (cf. allongement de la durée d'indemnisation moyenne et évolution de la masse salariale).

⁸⁵ Une évolution comparable est observée concernant les IJ d'AT-MP : + 5% entre 2010 et 2014, + 26,5% entre 2014 et 2019.

⁸⁶ Source CNAM.

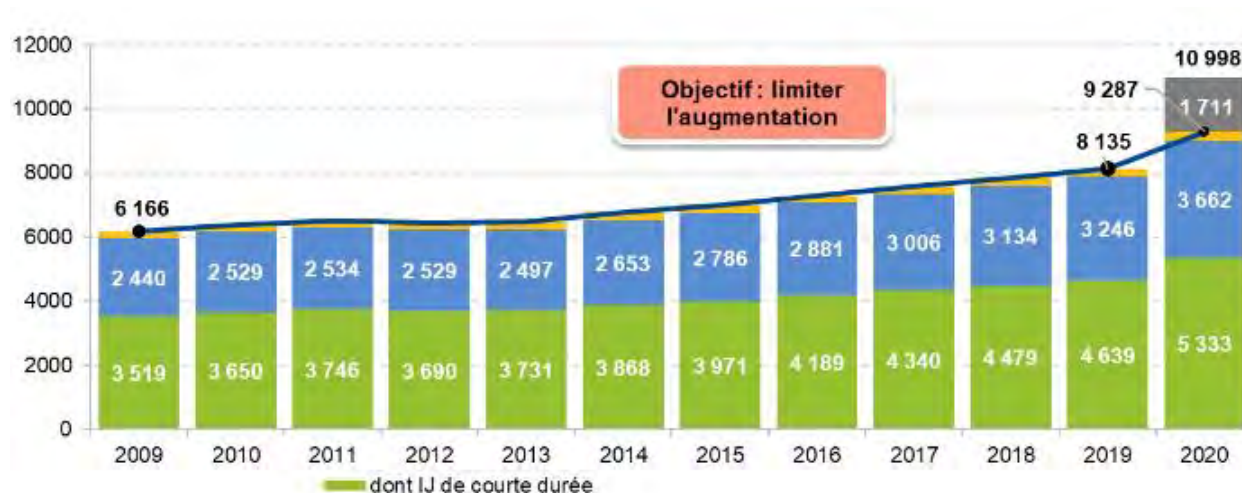
Graphique 6 : Nombre d'arrêts maladie indemnisés entre 2010 et 2020



Source : CNAM

[11] En 2019, les arrêts de travail (liés à la maladie) indemnisés d'une durée inférieure à 8 jours représentaient 45% des 7,2 millions d'arrêts de travail et 4% des 8Md€ d'indemnisation. S'ils pèsent fortement sur les organisations de travail, ces arrêts représentent un poids et des enjeux limités sur le volume des dépenses engagées par l'assurance maladie, en particulier en raison de l'application d'un délai de carence. Sur la période 2014 – 2019, la dynamique des indemnités versés au titre d'arrêts d'une durée supérieure à 6 mois est un peu plus forte (+22,3%) que celle des IJ dites de « courte durée » (durée inférieure à 6 mois) (+20%).

Graphique 7 : Montant annuel des indemnités journalières maladie



Source : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPPS). Maladie. PLFSS 2022. Source CNAM. Calcul DSS. Champ : régime général, périmètre ONDAM.

1.1.3 Une évolution du volume et de la durée des arrêts de travail due à des facteurs exogènes à l'assurance maladie

[12] Au niveau macroéconomique, l'évolution des arrêts de travail (liés à la maladie et aussi aux ATMP) et des IJ versées dépend :

- **Du contexte économique et de l'évolution de la population active** : le taux d'activité⁸⁷ des 55-64 ans a augmenté de 16 points entre 2010 et 2020 (de 43 % à 59 %), en lien avec les réformes des retraites⁸⁸. Ainsi, l'âge moyen de départ à la retraite progresse d'un 1,6 an entre 2010 et 2020 (de 61,5 ans à 63,1 ans). Désormais près de 60% des personnes partent à la retraite entre 62 et 64 ans.
- **Du contexte épidémiologique (par exemple épidémies de grippe) et socio-démographique (vieillesse de la population)** : à noter toutefois qu'une corrélation ne doit pas être faite exclusivement entre le vieillissement de la population et l'absentéisme. Selon le Centre technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)⁸⁹, une tendance nouvelle à la hausse significative des arrêts de travail est observée chez les populations jeunes de moins de 45 ans traduisant probablement l'existence de ressorts plus sociologiques que démographiques.
- **Des évolutions de la réglementation relative aux arrêts de travail**. Ainsi, le dispositif d'indemnités journalières a été ouvert aux professions libérales, à l'exception des avocats, progressivement à compter du 1er juillet 2021. Par ailleurs, l'allongement de la durée du congé de paternité à compter aussi du 1er juillet 2021 génère un impact mécanique sur la durée et donc sur le montant des indemnités versés au titre de la maternité/paternité.

[13] Au niveau microéconomique, cette évolution est impactée par :

- **L'environnement et les conditions de travail** des assurés : le secteur santé humaine et action sociale est le secteur professionnel où les arrêts de travail sont les plus nombreux. 35% des salariés ont eu un arrêt de travail indemnisé (contre 24,5% tous secteurs) d'une durée moyenne de 19 jours (contre 11 jours tous secteurs)⁹⁰.
- **Les comportements individuels** des assurés comme des médecins, vis-à-vis du besoin d'arrêt de travail et de sa délivrance. Toutefois, dans le cas des arrêts de travail prescrits par un médecin généraliste qui n'est pas le médecin traitant (31% des arrêts), il n'y a apparemment pas de sur prescription d'IJ^{91/92}.
- **Les contrôles** mis en œuvre.

⁸⁷ Champ : taux d'activité au sens du BIT. Données CVS. France hors Mayotte. Source INSEE.

⁸⁸ La réforme des retraites adoptée en 2010 aboutit à un décalage des bornes d'âge légal de 60 à 62 ans pour les générations de 1951 à 1955 et pour le taux plein de 65 à 67 ans pour les générations de 1951 à 1955. La réforme de 2014 conduit à un allongement de la durée de cotisation pour bénéficier d'une retraite à taux plein d'un trimestre toutes les trois générations jusqu'à un maximum de 43 ans pour les assurés nés à partir du 1er janvier 1973.

⁸⁹ Communication liée à la publication des résultats 2021 des institutions de prévoyance.

⁹⁰ Le second secteur concerné est celui du transport/entrepôt, et le troisième l'industrie manufacturière. Source CNAM. Données 2019 hors travailleurs indépendants et praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

⁹¹ Source : CNAM ; PPT « Point d'étape de la feuille de route IJ. 19 juillet 2022 ».

⁹² Le gouvernement propose, dans le cadre du PLFSS 2023, de ne plus rembourser les arrêts de travail délivrés en téléconsultation par un médecin qui n'est pas le médecin traitant, ayant identifié un risque de dérive possible via ce canal.

[14] L'ensemble de ces facteurs a pour conséquences depuis 2010 :

- **La déformation de la structure d'âge des bénéficiaires** : ainsi, la part des personnes d'au moins 60 ans dans le nombre d'arrêts augmente de 2,8 points entre 2010 et 2019 ; ces arrêts de travail représentant 5% des arrêts en 2020. La part des bénéficiaires issus de la tranche d'âge 55-59 ans augmente quant à elle de 1,5 point de pourcentage entre 2010 et 2019 ; ces arrêts représentant 11% des arrêts.
- **L'évolution de la durée des arrêts** : le nombre moyen de jours indemnisés par individu progresse de 10,3% entre 2010 et 2019 et la part des arrêts longs (supérieurs ou égaux à 6 mois) passe de 43% à 45%.
- **L'évolution du montant moyen journalier des indemnités** : si l'évolution de l'indemnité moyenne est relativement modérée (+5,4% entre 2010 et 2019), elle est plus importante cependant pour les moins de 50 ans⁹³.

[15] Ainsi, l'évolution des indemnités journalières dépend de facteurs dont la maîtrise échappe à l'assurance maladie et qui sont principalement liés à l'évolution de la population active et du monde du travail.

1.1.4 La croissance très importante des IJ pendant la crise s'est accompagnée de la mise en place d'un dispositif dérogatoire

1.1.4.1 La réglementation relative aux IJ a été adaptée pour servir de socle juridique à l'indemnisation des arrêts d'activité liés au COVID.

[16] Les conséquences des arrêts d'activité liés à la crise sanitaire (gardes d'enfants pendant les périodes de fermeture des écoles, isolement pour test, isolement pour cas contact, isolement des personnes positives, etc....) ont été prises en charge sous forme dérogatoire à l'indemnisation classique des arrêts de travail⁹⁴, sans délai de carence, sans vérification des conditions d'ouverture de droits ni prise en compte dans le calcul de la durée totale de versement des IJ, pour toutes les catégories d'assurés (salariés, travailleurs indépendants, professions libérales, professions de santé...) et par le biais d'une déclaration via un télé-service ad hoc, declare.ameli.fr, ouvert aux assurés et aux employeurs. Toutefois, les CPAM doivent comme pour la procédure ordinaire calculer l'IJ à partir des éléments de salaire recueillis et procéder à la liquidation. La charge de gestion n'est donc que partiellement allégée.

[17] Par ailleurs, les revenus des travailleurs indépendants ont été neutralisés par le décret du 6 août 2020, pour le calcul de l'indemnité journalière (pour les arrêts de 2021). Enfin, pour le calcul des indemnités liées au COVID, une IJ minimum est désormais attribuée afin d'éviter un montant d'indemnité d'un montant nul, en fonction du niveau du revenu d'activité annuel moyen.

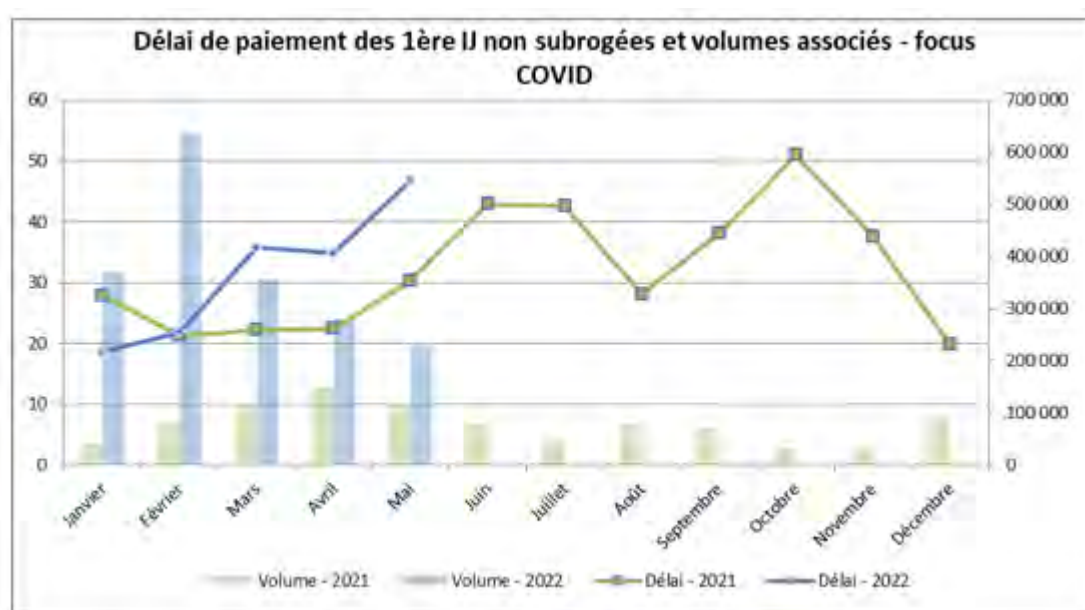
⁹³ Le montant journalier moyen de l'IJ des 50-54 ans était de 32 et 33€ respectivement en 2010 et 2019, soit une hausse de 4,3%. Sur les mêmes années, il est de 23 et 26€, soit une hausse de 9,5%, pour les 20-24 ans. Source : CNAM.

⁹⁴ Décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021 prévoyant l'application de dérogations relatives au bénéfice des indemnités journalières et de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail ainsi qu'aux conditions de prise en charge par l'assurance maladie de certains frais de santé afin de lutter contre l'épidémie de Covid-19.

1.1.4.2 Plus de dix millions d'arrêts pour une dépense d'au moins 1,7 Md€

[18] 12 millions d'arrêts ont été reçus dans le cadre du dispositif dérogatoire entre mars 2020 et février 2022, avec un important pic depuis le début de l'année 2022 liée au variant O MICRON entraînant des conséquences exceptionnelles en termes de gestion pour la suite de l'année 2022 et potentiellement 2023. Le graphique 4 montre l'importance majeure du volume des IJ COVID au début de l'année 2022 par rapport à l'année 2021, avec un pic à environ 650 000 IJ en février, associé à une croissance immédiate forte des délais de traitement (passage de 20 jours en février à environ 38 jours en mars). Au total, les IJ COVID se sont élevées à plus de 1,8 millions au cours des cinq premiers mois de 2022, contre environ 450 000 sur la même période en 2021, soit quatre fois plus.

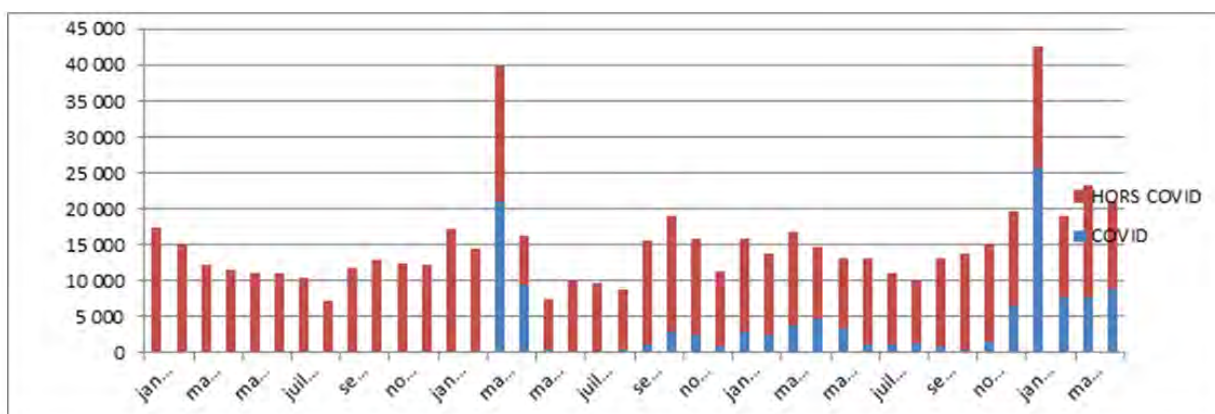
Graphique 8 : Délais de paiement et volume des IJ liés au COVID



Source : CNAM.

[19] La situation que la mission a constatée lors de son déplacement à la CPAM du Loiret illustre cette croissance massive des IJ : entre janvier 2019 et janvier 2020, le nombre mensuel d'avis d'arrêt de travail était en moyenne de 12 500 (au plus 17 529 et au moins 7 167). Entre février 2020 et mai 2022, la moyenne mensuelle s'est élevée à 16 249 en lien avec la croissance des arrêts liés au COVID, avec globalement une part beaucoup plus importante et croissante de ces arrêts dans le total des arrêts à partir de décembre 2021. Le pic a été atteint en janvier 2022, avec la réception de 41 647 avis d'arrêts de travail dont 61% liés au COVID.

Graphique 9 : Evolution des arrêts de travail à la CPAM du Loiret entre janvier 2019 et avril 2022



Source : CPAM du Loiret.

1.2 Une réglementation complexe et des systèmes d'information dont la performance doit être améliorée

1.2.1 La complexité du régime des IJ conduit à une perte de lisibilité pour les acteurs et les bénéficiaires

1.2.1.1 Les conditions d'ouverture des droits et les modalités de calcul des indemnités présentent des différences significatives

[20] La complexité du régime juridique des indemnités journalières est d'abord liée à la multiplicité des règles applicables au sein du régime général, avec trois risques couverts (maladie, maternité-paternité-adoption et accident du travail- maladie professionnelle) obéissant chacun à des dispositions différentes.

- Les conditions d'ouverture des droits reposent sur une durée de travail ou un montant de cotisation minimal en cas d'arrêt pour maladie, maternité, paternité et adoption, auxquels s'ajoute l'exigence d'une durée d'affiliation à la sécurité sociale et d'interruption minimale lors des congés de maternité. Aucune durée d'immatriculation, de travail ou de cotisation n'est en revanche demandée aux salariés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- Le salaire journalier pris en compte pour le calcul de l'indemnité est limité par un plafond différent en fonction du risque couvert ;
- Le montant de l'indemnité non majorée est égal à 50 % du salaire journalier de référence en cas de maladie, au gain journalier de base minoré d'un taux de cotisation forfaitaire de 21 % en cas de maternité, de paternité et d'adoption, à 60 % du salaire journalier de référence en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- L'indemnité est versée sur des durées variables : pendant trois ans, dans la limite de 360 jours indemnisés, après un délai de carence de trois jours, en cas de maladie, pendant toute la durée d'interruption, sans délai de carence, en cas d'accident du travail, de maladie professionnelle, de maternité, de paternité et d'adoption.

[21] Les indemnités versées dépendent par ailleurs :

- De la durée de l'arrêt, qui détermine les conditions d'ouverture des droits en cas de maladie et le montant de l'indemnité versée,
- De la nature de la maladie.

[22] Si cette diversité de la réglementation⁹⁵ répond à un souhait légitime de tenir compte de la spécificité des situations (professionnelle, personnelle, risque couvert), elle a des conséquences en termes de complexité juridique, et de lisibilité pour les assurés et de lourdeur en gestion pour les services de l'assurance maladie.

1.2.1.2 La complexité de l'architecture générale est accentuée par les dispositions spécifiques qui régissent la couverture des non-salariés

[23] S'agissant des régimes rattachés au régime général et pilotés par la branche maladie, les indemnités journalières des non-salariés non agricoles ne sont pas déterminées par l'origine, professionnelle ou non, des accidents et des maladies. Si les conditions d'ouverture des droits reposent également sur une durée d'affiliation et de cotisation minimale, le régime est articulé autour de la prise en charge de deux risques :

- Les accidents et les maladies, sans distinction entre ceux qui sont d'origine professionnelle et ceux qui ne le sont pas.
- La maternité, la paternité et l'adoption, avec une indemnisation forfaitaire.

[24] Par ailleurs, la complexité de la réglementation est aussi fortement liée à l'évolution du marché de l'emploi et des modalités d'emploi, avec notamment un nombre croissant d'assurés exerçant une activité dans des conditions « atypiques » par rapport au salariat ou à l'activité d'indépendant homogène et régulière. Cela concerne des assurés ayant plusieurs employeurs (salariés du domicile notamment), travaillant en intérim, alternant périodes de salariat et périodes de travail indépendant ou/et périodes d'activité et périodes de chômage (journalistes pigistes, intermittents du spectacle...). Ces situations amènent les assurés à relever de plusieurs régimes et donc à bénéficier de droits aux indemnités journalières différents, le recueil des éléments de rémunération est souvent plus compliqué pour ce type de dossiers et les délais de règlement des IJ plus longs. L'adaptation des outils à ces nouvelles réalités du marché de l'emploi constitue un fort enjeu de gestion et de relation de service pour l'assurance maladie.

1.2.2 L'intégration au régime général des travailleurs indépendants en 2020 a été pour la CNAM une opportunité pour développer un nouvel outil de gestion des indemnités journalières

[25] Lors de l'intégration des travailleurs indépendants (TI) au sein du régime général, la CNAM a fait le choix, contrairement aux autres caisses nationales, d'un décommissionnement généralisé et rapide de l'ensemble des outils du régime social des indépendants (RSI) et des organismes complémentaires, soit pour adapter ses propres outils afin d'y intégrer les nouveaux assurés, soit pour en créer de nouveaux. Tel est le choix qui a été fait pour la gestion des IJ, avec la création de

⁹⁵ A noter que les assurés peuvent en complément bénéficier d'une indemnité complémentaire versée par un organisme de prévoyance financé au moins en partie par l'employeur, s'agissant des salariés, ou à titre individuel, s'agissant des professions indépendantes.

l'outil ARPEGE, dit aussi ARPEGE TI car développé et déployé dans un premier temps exclusivement pour les TI, en attendant la généralisation à l'ensemble des assurés.

[26] Le déploiement d'ARPEGE TI, effectif à compter du 1^{er} janvier 2020, a rencontré un grand nombre de difficultés après sa mise en service, à la fois sur le plan technique (avec un nombre d'incidents de fonctionnement important) que dans la conduite de projet (le planning contraint, dans le cadre d'un déploiement en « big bang », n'a pas permis de respecter les bonnes pratiques de conduite de projet informatique), comme la mission IGAS relative au bilan d'étape du transfert des activités du régime social des indépendants (RSI) au régime général l'a montré. Des actions correctrices ont été entreprises par la CNAM à partir de 2020. Le développement d'ARPEGE TI, une fois passée la période difficile du déploiement et des premiers ajustements, a été considéré comme une opportunité de poser une première brique informatique en vue de la conception d'une nouvelle application métier destinée aux assurés salariés du régime général en remplacement de l'application PROGRES qui nécessite une rénovation profonde compte tenu des difficultés posées par son utilisation :

- Une maintenabilité délicate sur les fonctionnalités existantes (du fait que la technologie utilisée pour PROGRES date du début des années 90).
- Des difficultés à réaliser une extension du périmètre réglementaire.
- Une évolutivité difficile des règles de gestion en particulier dans l'optique de processus et de contrôles automatisés (ex : traitement des régularisations, pluriactivité, poly-activité, particuliers employeurs...).
- Des fonctions liées apportant une trop grande complexité (ex : gestion des prestations en espèces et partie mise à jour des assurés).

[27] L'outil ARPEGE TI est à présent considéré comme un outil nettement plus performant que PROGRES, utilisé pour les autres assurés du régime général, notamment sur trois points :

- L'amélioration du processus de délivrance des IJ :
 - Par une automatisation de la grande majorité du processus de traitement. Font ainsi l'objet d'un traitement automatique les tâches suivantes :
 - ❖ Création d'un dossier (maladie ou maternité) ;
 - ❖ Vérification de l'éligibilité de l'assuré (conditions d'ouverture de droits) en fonction des périodes d'affiliation des travailleurs indépendants ;
 - ❖ Vérification de la recevabilité de la prestation (contrôles sur les durées réglementaires) ;
 - ❖ Récupération des revenus de référence du travailleur indépendant via le Web service ACOSS et calcul du revenu d'activité annuel moyen en fonction des revenus cotisés des 3 dernières années ;
 - ❖ Calcul de l'indemnité journalière ou de l'allocation forfaitaire de repos maternel ;
 - ❖ Création de l'échéancier ;
 - ❖ Mise en paiement ;
 - ❖ Envoi automatique de courriers/notifications à l'assuré en cas de refus d'indemnisation de la prestation pour cause de non éligibilité, de forclusion, ou de dépassement des durées d'arrêts réglementaires ;
 - ❖ Régularisations.

- Par une intégration de la partie Front d'ARPEGE dans le Portail Agents (actuellement le Portail Agents n'est pas lié à l'outil PROGRES, ce qui oblige les gestionnaires à procéder manuellement au passage d'un outil à l'autre),
- Par une intégration des activités de contrôle (ordonnateur et comptable) à l'outil (les contrôles a priori et a posteriori sont intégrés dans ARPEGE et peuvent être suivis et gérés directement dans l'outil).
- La garantie de la maintenance et l'évolutivité : l'application est paramétrable et modulaire, elle permet une meilleure « adaptabilité » de l'outil aux évolutions réglementaires ;
- La facilitation du requêtage, l'auditabilité, la traçabilité des opérations.

[28] Lors de ses déplacements en région, la mission a par ailleurs entendu les CPAM indiquer leur satisfaction globale vis-à-vis de l'utilisation de cet outil désormais stabilisé. Le délai moyen de liquidation de la 1ère IJ gérée via ARPEGE TI (une quinzaine de jours en moyenne) est par ailleurs sensiblement plus court que celui des travailleurs salariés par l'outil PROGRES. ARPEGE paraît en outre en mesure de dépasser les problématiques de volumétrie qui sont à l'origine de la dégradation très importante de la gestion depuis le début de l'année 2022. Le développement d'une version d'ARPEGE adapté aux travailleurs salariés fait désormais l'objet d'attentes fortes de la part des caisses, sous réserve que les enseignements soient tirés du déploiement d'ARPEGE TI pour lever leurs craintes⁹⁶.

[29] La mission IGAS précitée a relevé plusieurs pistes d'amélioration de l'outil dont le déploiement permettrait à la fois de sécuriser l'activité des gestionnaires et d'améliorer la qualité de service aux assurés. Il s'agit en particulier de la mise en place d'un dispositif d'alerte embarquée sur les cas où une demande d'IJ a été bloquée dans l'outil ou l'historisation de la donnée de revenu prise en compte pour le calcul des indemnités. La mission a ainsi recommandé de poursuivre les adaptations de l'outil dans le sens d'une meilleure maîtrise des prestations versées.

1.3 Un processus couteux en gestion pour l'assurance maladie et à fort enjeu en terme de relation de service

1.3.1 Un processus séquencé et multipartite

[30] Le processus de gestion des IJ fait l'objet de plusieurs étapes qui sont chacune dépendante d'intervenants différents :

- L'établissement d'un avis d'arrêt de travail (AAT) relève de la compétence du médecin ;
- L'envoi de l'AAT à la CPAM est ensuite fait soit par le professionnel, dans ce cas via le télé service AAT, ou soit par l'assuré, donc par la voie postale ou le dépôt en caisse, quand le professionnel de santé fait le choix de ne pas utiliser le télé service. Le délai de transmission de l'AAT est fixé réglementairement à 48h ; la possibilité de prévoir une tolérance jusqu'à six jours au maximum a été communiquée par la CNAM aux caisses ; le délai de transmission est en moyenne de 3 à 5 jours.

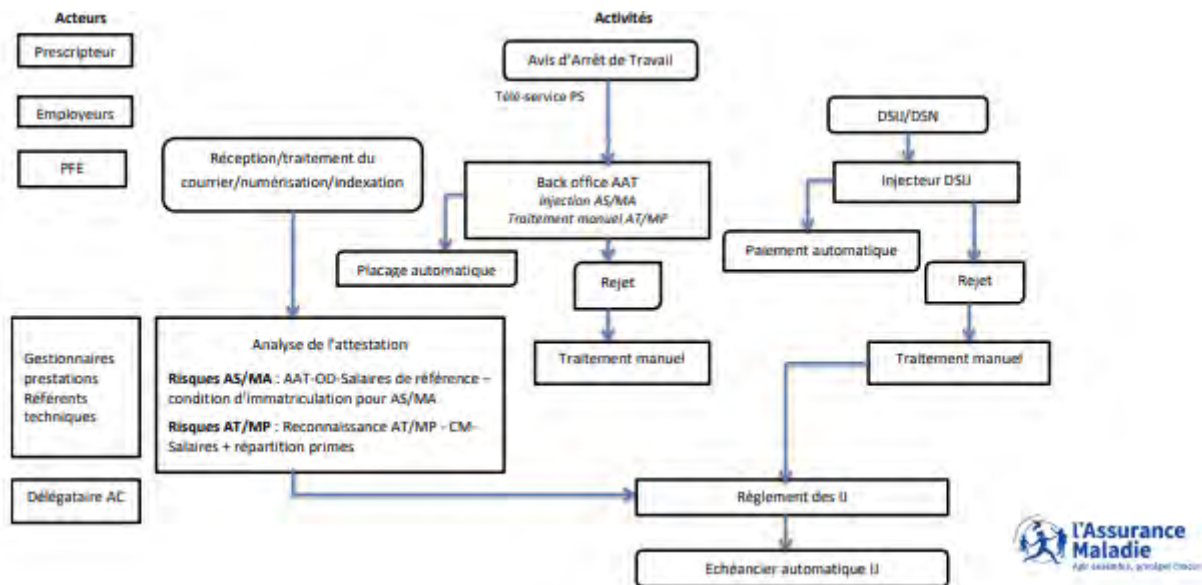
⁹⁶ Voir aussi l'annexe sur la dématérialisation et les systèmes d'information.

- Si l'envoi a été fait par voie papier, l'AAT doit être injecté dans les systèmes d'information, puis traité par les services de production. Cette étape génère une itération avec le professionnel de santé lorsque l'arrêt n'est pas lisible ou est mal renseigné (selon les caisses rencontrées, les délais de réponse des médecins sont généralement rapides). Le délai de traitement interne aux caisses primaires est en moyenne de 7,6 jours (voir partie 3.1.2).
- Si la transmission est assurée par le prescripteur via le téléservice, le processus est largement automatisé et les difficultés liées à la lisibilité du document/aux erreurs éventuelles de renseignement sont quasiment éliminées.
- Dès lors qu'il est informé de l'arrêt de travail, et dans le cas où il ne procède pas au maintien du salaire et à l'avance de l'IJ (choix de la subrogation dans le cadre des accords de branche), l'employeur doit transmettre à l'assurance maladie les données de salaires afin que cette dernière puisse calculer l'indemnité à servir. Cette transmission peut être faite de manière électronique via la DSN, par envoi dématérialisé via net-entreprise ou par papier. Cette étape pèse fortement sur la durée du processus de gestion pour a minima les trois raisons suivantes :
 - Si les employeurs non subrogés sont réputés transmettre ces données de salaire dans les 5 jours après que l'arrêt de travail ait été porté à leur connaissance, dans les faits ce délai n'est pas contrôlé, il peut être fortement dépassé ;
 - Selon la qualité de l'information transmise, des itérations peuvent être nécessaires entre l'assurance maladie et l'employeur (rejets, retraitements). Tant que les données de rémunération ne sont pas consolidées, le calcul et la liquidation de l'IJ ne peuvent être engagés ;
 - Les difficultés de récupération des informations concernant les assurés en situation de travail « atypique » (cf. Paragraphe 1.2.1.2) ;

[31] Par ailleurs, dans ces différentes étapes, les services de production utilisent plusieurs outils de gestion qui ne sont pas tous interfacés (DIADEME, PROGRES...) ce qui allonge le temps d'instruction et de liquidation.

[32] Par ailleurs, en complément du processus de traitement administratif de l'indemnité par les CPAM (injection dans les systèmes d'information, itérations avec les intervenants, vérification des conditions d'ouverture des droits, mise en paiement...), les services du contrôle médical exercent un contrôle systématique des arrêts de travail de plus de six mois et un contrôle de l'ensemble des arrêts, selon les orientations de ciblage de la caisse nationale retranscrites dans la requête unique (voir partie 5.2.2).

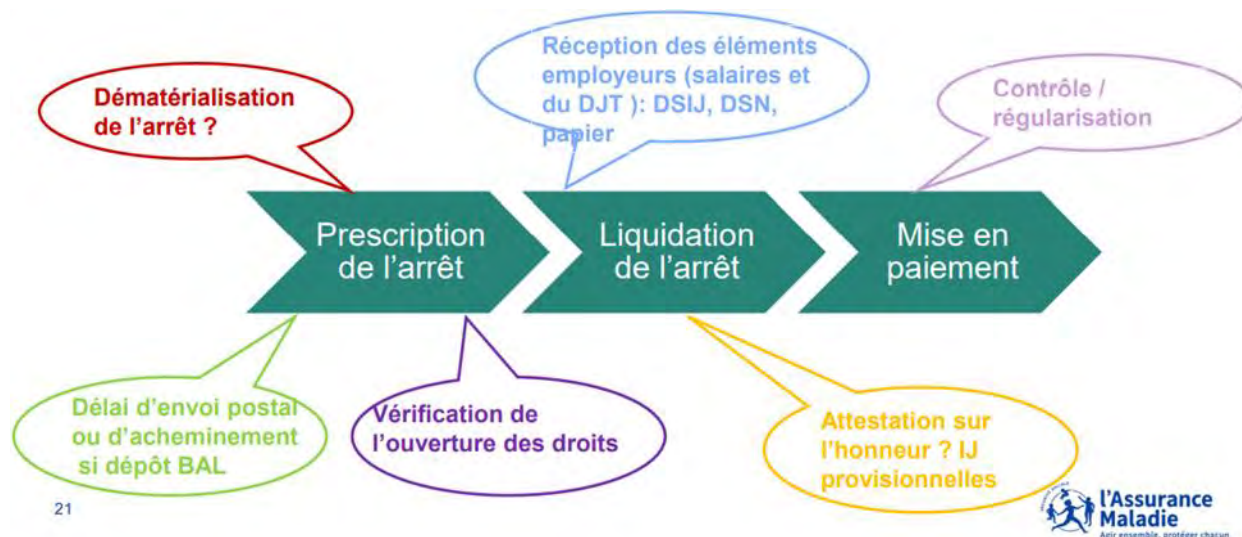
Schéma 6 : Ordinoigramme simplifié du traitement des IJ maladie/maternité et ATMP en CPAM (à partir du référentiel national de processus)



Source : CPAM du Val d'Oise

[33] Les différentes étapes de ce processus sont dès lors sources de plusieurs risques, tels qu'identifiées dans le graphique ci-dessous de l'assurance maladie.

Graphique 10 : Points à risques dans le processus de traitement



Source : CNAM : Indemnités journalières : résultats et enjeux de service. Conseil de la CNAM du 4 novembre 2021

1.3.2 Un processus consommateur de ressources, qui ont dû être renforcées durant la crise sanitaire

[34] La gestion des IJ est un des processus les plus consommateurs de ressources au sein des caisses, à un double titre : par la mobilisation des ressources chargées de gérer le processus

des gestion des IJ proprement dit mais également par la mobilisation importante des ressources chargées de gérer les contacts avec les assurés⁹⁷.

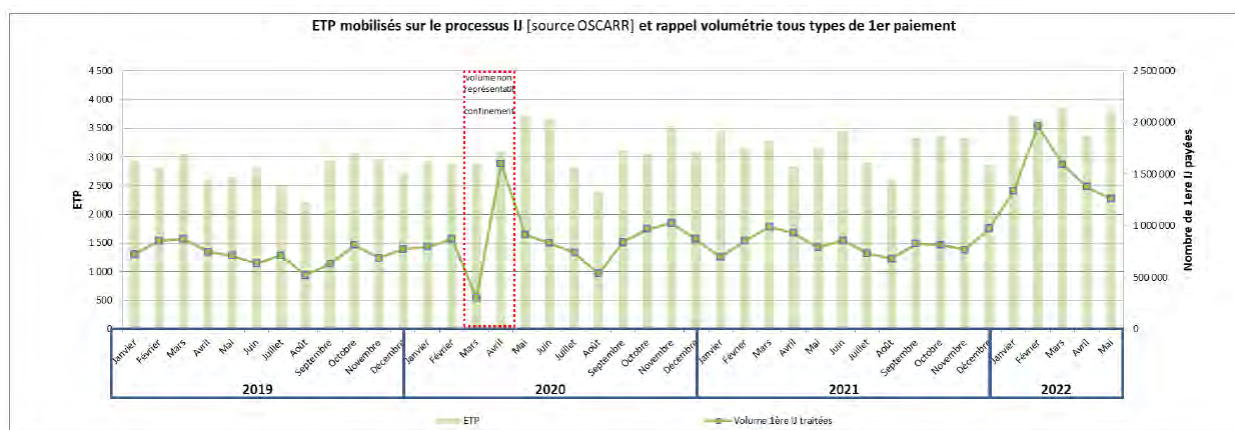
[35] Les effectifs affectés au traitement des IJ maladie, maternité et paternité ont augmenté à compter de 2020 en lien avec l'augmentation de la charge pendant la crise sanitaire : de 2 980 ETP en 2017 à 3 309 en 2021, soit 329 ETP supplémentaires, représentant une augmentation de 11%. En dépit de ces renforts d'effectifs et de l'amélioration de la productivité du processus entre 2017 et 2021 (+11,5%), l'augmentation de la volumétrie des arrêts prescrits au cours de la période a été telle (+23,8% - augmentation qui a encore considérablement progressée au cours des premiers mois de l'année 2022-) qu'elle a entraîné une détérioration des délais moyens de liquidation des IJ. Par ailleurs, l'assurance maladie mobilise également des ressources pour le traitement des IJ ATMP. Ces ressources ont diminué au cours des premières années de la COG (de 719 ETP en 2017 à 661 ETP en 2021, soit une baisse de 58 ETP, équivalente à 8%).

[36] Dans ce contexte, les ressources pérennes affectées au processus ont par ailleurs été renforcées pour faire face à la charge croissante de travail par le biais du dispositif national d'entraide PHARE. Ainsi, le traitement des IJ est une des activités qui concentre le plus d'effectifs de ce dispositif. Le nombre de plateaux dédiés est passé de trois à sept entre 2018 et 2021⁹⁸.

1.3.3 Les solutions mises en œuvre pour répondre à l'explosion de la volumétrie des IJ

[37] Pour faire face à une charge de travail supplémentaire inédite sur un processus de traitement déjà fragilisé, et éviter une dégradation plus importante du traitement des indemnités, la CNAM et son réseau ont priorisé fortement l'affectation des ressources sur ce processus métier, malgré la difficulté d'une telle mise en œuvre dans un contexte d'incertitude sur l'évolution de l'épidémie. Cette priorisation se poursuit en 2022.

Graphique 11 : Evolution des ETP affectés au traitement des IJ entre 2019 et 2022



Source : CNAM. Bilan COG 2021

- Les CPAM ont localement adapté leurs organisations, dans le cadre des plans de continuité d'activité :

⁹⁷ Depuis de l'année 2022, entre 40 et 50% des prises de contact des assurés (accueil physique, appels téléphoniques, mails) sont liées à des questions relatives au règlement des IJ.

⁹⁸ Voir annexe relative aux mutualisations, à l'entraide et à l'organisation du réseau.

[38] Ainsi, la CPAM du Loiret a déployé une *task force* interne depuis le développement du variant O MICRON en appui des effectifs permanents (28 agents à Orléans et huit à Giens). Elle s'est appuyée sur les contrôleurs de l'agent comptable qui connaissent la réglementation, sur des agents d'accueil et téléconseillers placés en *middle office* et formés. Les appuis ont reposé sur le volontariat des agents et sur le recrutement de cinq personnes en CDD.

- Elles ont aussi été aidées par le dispositif PHARE, recentré temporairement pendant la crise sur le processus de traitement des indemnités journalières⁹⁹.

[39] Ce recentrage a été réalisé par la reconversion de plateaux PHARE de traitement des IJ liées aux ATMP en plateaux de traitement des IJ maladie et par l'ajout de plateaux supplémentaires. Ainsi l'entraide consacrée aux IJ maladie s'est élevée à sept plateaux et 145 ETP en 2021. Les ressources ont été affectées, conformément à la lettre-réseau DDO-146-2020 intitulée « *PHARE : Programme Harmonisé d'Aide au Réseau* », au regard des résultats des CPG (délai de traitement de la 1ère IJ non subrogée) et des éléments complémentaires disponibles au national sur la situation de production (état du stock Diadème IJ).

- La mise en place, en complément de PHARE, de la *task force* IJ

[40] Le plan de régulation des stocks contractualisés (PRSC), mis en place en cas de difficultés conjoncturelles, a été expérimenté dans le cadre de la première *task force* IJ puis déployé à compter du 2ème semestre 2021, pour le moment sur le seul processus IJ, et reconduit début 2022 compte-tenu du contexte encore plus dégradé, jusqu'à la fin du mois de septembre.

[41] La *task force* IJ repose sur le recrutement, la formation et la mobilisation de moyens temporaires (CDD et intérim) dans le cadre de plateaux d'entraide nationale confiés à certaines caisses (caisses PHARE ou caisses volontaires). Elle a mobilisé environ 170 ETP au premier semestre 2022 et en mobilisera 240 au second. Elle permet d'aider beaucoup plus d'organismes que ne l'autoriseraient les seuls moyens PHARE sur un champ d'intervention comprenant notamment les dossiers simples DSIJ.

[42] Il ressort des échanges que la mission a eus avec les interlocuteurs locaux que ces dispositifs d'entraide du processus de traitement des IJ ont présenté :

- Des points forts :
 - Réactivité, agilité et adaptabilité des équipes et du réseau : mise en œuvre rapide des plateaux, de la formation (en trois semaines), coordination avec la caisse nationale,
 - Dématérialisation et automatisation du traitement : site declare.ameli.fr, développement d'outils collaboratifs (LIAM, ZOOM) et d'assistants digitaux,
 - Intervention de techniciens supplémentaires,
 - Développement de l'entraide au sein de chaque caisse et entre caisses, avec le développement d'un sentiment d'utilité/d'appartenance.
- Mais aussi des points faibles :

⁹⁹ Voir annexe relative aux mutualisations, à l'entraide et à l'organisation du réseau.

- La structure des dossiers d'indemnités journalières comporte un grand nombre de dossiers complexes (poly employeurs, régularisations, prises en compte de période de chômage, différences de conditions d'ouverture des droits), qui ne peuvent faire l'objet d'un traitement dans le cadre des plateaux PHARE ou de la Task-Force, composés de techniciens nouvellement formés. Le solde des dossiers complexes ne baisse donc pas toujours significativement. La mission note toutefois que le dispositif d'entraide, contribue, en traitant des dossiers considérés comme « simples », à diminuer le stock global de dossiers et donc le délai de traitement.
- Evolution permanente des consignes, nombreuse typologie d'arrêts, difficultés à identifier les potentielles fraudes, pilotage de l'activité globalement plus difficile.
- Difficulté de recrutement et fidélisation des intérimaires, avec un *turn over* important, alors même que la formation intensive de trois semaines ne peut être facilement répétée, que l'accompagnement quotidien des renforts mobilise au quotidien les agents experts et l'encadrement. Besoin de six mois pour qu'un agent soit autonome à 80 %.

[43] Au regard du contexte de charge de travail sur le traitement des IJ, la CNAM a été contrainte de recourir au recrutement d'intérimaires pour compléter les ressources mobilisées sur les dispositifs PHARE et la *task force* IJ.

1.3.4 Une activité à très fort impact en termes de qualité de service

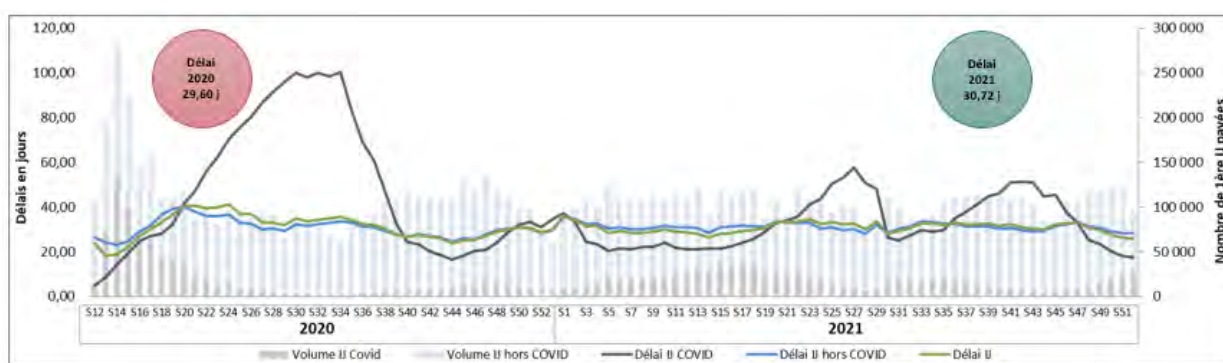
1.3.4.1 Le caractère de revenu de remplacement des indemnités journalières rend très sensible le délai de traitement de la prestation par les CPAM

[44] La nature de revenus de remplacement qu'ont les indemnités journalières suppose que le versement aux assurés soit réalisé dans les délais les plus optimisés possibles.

[45] En 2018 et 2019, le délai de traitement des IJ était respectivement de 30,33 et 30,04 jours (indicateur COG), alors que la cible à atteindre était de 28 jours. Il convient en outre de souligner que ce délai moyen masque bien évidemment de forts écarts et que les dossiers les plus complexes peuvent être réglés après 60 à 70 jours, voire plus. Ce délai est difficilement tenable pour les assurés à faible niveau de ressources et pour lesquelles le versement de l'IJ en remplacement du salaire est indispensable à la vie quotidienne.

[46] Le volume important des arrêts dérogatoires mis en place pendant la crise sanitaire n'a en revanche pas, d'un point de vue global, dégradé le délai de règlement, tout au moins pas jusqu'au début de l'année 2022. Celui-ci même été légèrement impacté à la baisse compte-tenu du poids de ces arrêts dans le volume total des IJ et de leurs modalités de traitement plus automatisées et allégées en contrôle (voir partie 1.1.4.1). En revanche, à l'échelle de chacune des caisses, au regard des retards structurels de traitement, le volume des IJ dérogatoires (sur certaines périodes, double de celui des IJ de droit commun) a contribué à accentuer les retards et les stocks.

Graphique 12 : Délai et volume hebdomadaire des 1ères IJ payées pour COVID et hors COVID



Sur les deux années, les IJ COVID impactent le délai à la baisse (-1 et 2 points comparé à leurs poids dans le volume sur 2020 et 2021) du fait des caractéristiques de ces arrêts (téléservices)

5



Source : CNAM

[47] Dans ces conditions, au regard de la sensibilité pour les assurés des délais de règlement et, conjoncturellement, de l'importance des dossiers en instance de traitement, les questions liées au versement des indemnités sont une source importante de sollicitations multicanales des CPAM.

1.3.4.2 Le délai de traitement a des conséquences majeures sur les sollicitations des différents canaux de contact par les assurés

[48] En 2021, la part des sollicitations relatives aux IJ était plus forte sur les emails et les rendez-vous mais restait aussi importante sur le canal téléphonique. En effet, même si la part des sollicitations téléphoniques est stable entre 2019 et 2021 en valeur absolue, les sollicitations relatives aux indemnités journalières augmentent de 28% alors même que les sollicitations téléphoniques totales ont augmenté de 25% entre 2020 et 2021. Les sollicitations pour rendez-vous sont importantes entre 2021 et 2020 en raison des périodes de fermeture des accueils en 2020. En 2021, le nombre d'appels téléphoniques par semaine était en moyenne d'un million¹⁰⁰.

[49] Depuis le début de l'année 2022, la part des sollicitations relatives aux indemnités journalières est particulièrement importante sur les canaux emails et téléphoniques de l'ensemble des CPAM, elle représente jusqu'à 40 à 50% des prises de contact dans certaines caisses.


¹⁰⁰ Source : CNAM. Bilan COG 2021

Schéma 7 : Volume de sollicitations relatives aux indemnités journalières sur les différents canaux de contacts

Volume de sollicitations (en millions) ...	2019	2020	2021	2020 vs 2019	2021 Vs 2020
...téléphoniques	19,6	20,2	25,2	+3%	+25%
... e-mails	9,2	13,6	13,9	+48%	2%
... RDV planifiés	2,2	1,7	2,4	-20%	+44%
Total	30,9	35,6	41,6	+15%	+17%

	2019	2020	2021	2022
Part dans les sollicitations téléphoniques	20,8%	20,6%	21,2%	30,6%
Part dans les e-mails	35,1%	44,3%	37,7%	38,6%
Part des RDV planifiés	19,8%	25,8%	32,5%	17,8%
Part dans le total des sollicitations (tel+email+rdv)	25,0%	29,9%	27,4%	33,1%

Volume de sollicitations PE (en millions)...	2019	2020	2021	2020 vs 2019	2021 Vs 2020
...téléphoniques	4,1	4,2	5,4	+2%	+28%
... e-mails	3,2	6,0	5,3	+86%	-13%
... RDV planifiés	0,4	0,4	0,8	+4%	+82%
Total	7,7	10,6	11,4	+38%	+7%

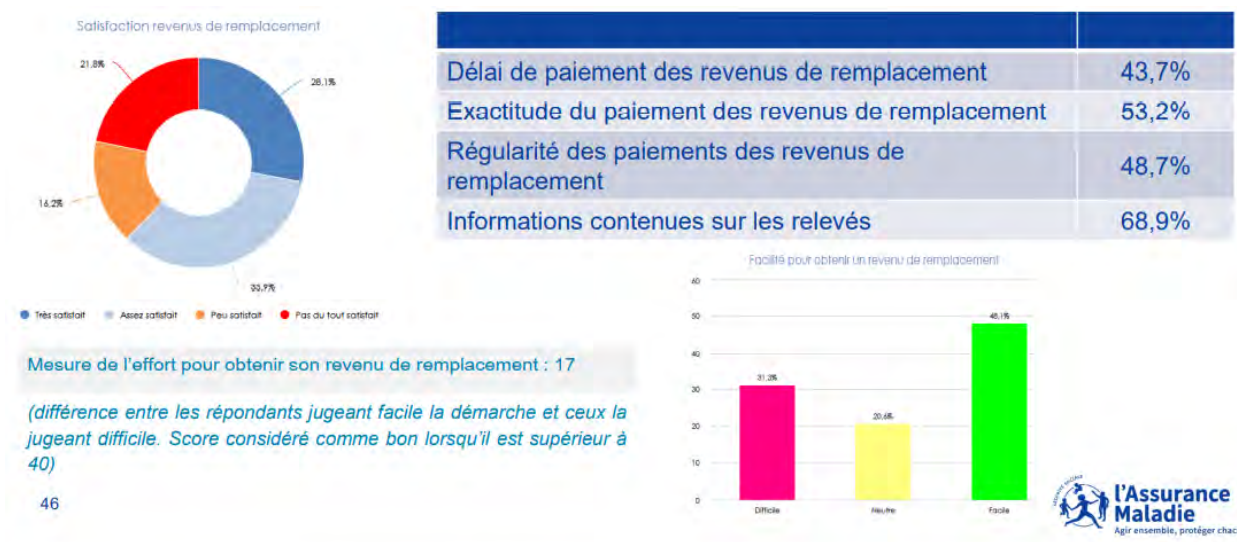


Sources données : BCM pour 2019 à 2021 et statAM+ pour 2022

Source : CNAM

[50] Par ailleurs, le baromètre de satisfaction des assurés de 2021 montre que 26% des répondants déclarent avoir été en arrêt de travail au cours des 3 derniers mois. Ils sont un peu plus de 61% à être satisfaits de la gestion du paiement de leur revenu de remplacement. 58% ne bénéficient pas du maintien de salaire par l'employeur. Et parmi les assurés ne bénéficiant pas de la subrogation des indemnités journalières par leur employeur, 44% seulement sont satisfaits du délai de paiement.

Schéma 8 : Baromètre de satisfaction au 1^{er} semestre 2021



Source : CNAM

[51] Cette situation a été confirmée à la mission lors de ses déplacements. Les trois principaux motifs de contact portent sur les modalités de paiement et les démarches, le mode opératoire (suivi des versements) et les questions de droit aux prestations. La mission a pu constater par ailleurs les difficultés rencontrées par les téléconseillers devant faire face à des situations de détresse, parfois très aiguë, des assurés.

1.3.4.3 Une situation qui a amené la CNAM à définir des procédures de prévention voire d'urgence pour les CPAM

[52] Un groupe pluridisciplinaire (CNAM, CPAM, service social) a été mis en place en mars 2021¹⁰¹ pour élaborer une lettre réseau afin de décrire des solutions permettant de pallier les difficultés posées par les délais de règlement des indemnités journalières pour les publics les plus fragiles. Les travaux ont permis d'évaluer que le volume des risques de non-paiement ou de rupture peuvent représenter au maximum 5% des arrêts réceptionnés par les CPAM. Si le volume d'assurés concernés est relativement faible, les conséquences délétères pour eux du retard de paiement des indemnités journalières ont amené la CNAM à élaborer des consignes d'actions pour les CPAM dans les situations les plus à risque.

[53] Ces situations de risques aigus de fragilité, du fait de la complexité de traitement des dossiers, concernent d'une part les assurés ayant des multi-employeurs ou étant poly-actifs, d'autre part les apprentis/stagiaires de la formation professionnelle et enfin ceux ayant des statuts particuliers (professions à caractère discontinu ou saisonnier, artistes/auteurs, assurés cumulant des situations – indemnité chômage et salaire, emploi et retraite, emploi et invalidité ...-). La CNAM a identifié que le risque de rupture de droits est prégnant lors de l'étude de la première ouverture de droits, de l'ouverture des droits à six mois, à la fin des droits aux indemnités et en cas de mutations en intra et inter régimes. Il est alors prévu :

- En termes de prévention, un accompagnement attentionné des Missions Accompagnement Santé et du service social avec la mise en place de circuits fluidifiés mutuels et avec le back-office des CPAM. Par ailleurs, le versement des indemnités journalières au-delà de 6 mois est poursuivi, sauf avis défavorable du service médical dans le mois qui suit. Le recours à la médiation est possible.
- En cas d'urgence, un traitement prioritaire du dossier, après vérification de la situation de l'assuré dans sa globalité par les services de front office, les missions d'accompagnement ou le service social. Il peut en outre être recouru aux aides de l'action sanitaire et sociale des caisses¹⁰².

[54] La CNAM a précisé à la mission qu'elle n'avait pas à date procédé au bilan de ces mesures de prévention et d'urgence.

[55] Par ailleurs, certains outils facilitent le traitement par les caisses des dossiers de ces populations fragiles. Ainsi, l'outil « IJ complexe »¹⁰³ permet de calculer des montants d'IJ pour des situations non gérées par l'outil Progrès (activités discontinues). En outre, l'intégration de certains éléments réglementaires (détermination du dernier jour travaillé, application des plafonds mensuels ...) dans l'outil vise à une application homogène de la réglementation pour le calcul de ces IJ. L'outil propose aussi les périodes de références de calcul de l'IJ pouvant être utilisées en fonction de la catégorie professionnelle de l'assuré. En outre, le « Portail CESU¹⁰⁴ »,

¹⁰¹ Mission déléguée n°32.

¹⁰² Accord dans le cadre de la délégation dont bénéficie le directeur de la CPAM. Selon la CNAM, à l'appui de retours de CPAM de taille moyenne, les aides individuelles versées suite à des signalements de dossiers d'indemnités journalières s'élèveraient à environ 0,03% du montant total d'indemnités journalières, soit environ 1500€ par an.

¹⁰³ LR-DDO-41/2019 « Déploiement de l'outil d'aide au calcul des IJ complexes ».

¹⁰⁴ LR-DDO-188/2021 « Présentation de l'outil de récupération des données de salaire CESU en vue de liquider les indemnités journalières ». LR-DDO-139/2022 « Présentation des évolutions de l'outil de récupération des données de salaire CESU en vue de liquider les indemnités journalières »

déployé à partir du 24 novembre 2021, permet de récupérer les salaires bruts versés par chacun des particuliers employeurs.

2 Les engagements prévus dans la COG 2018-22 n'ont été que partiellement tenus

2.1 La caisse nationale n'a que partiellement tenu les cinq engagements qui lui ont été fixés dans le champ des indemnités journalières

2.1.1 Elle était liée par cinq engagements rattachés à trois axes stratégiques

[56] Le processus de traitement des IJ est suivi dans la COG au sein de trois axes stratégiques :

- Rendre aux usagers un service maintenu à un haut niveau de qualité,
- Accompagner l'innovation numérique en santé,
- Réussir l'intégration d'autres régimes en garantissant un fonctionnement efficient de la branche.

[57] Il s'agit de deux axes structurels et d'un axe conjoncturel, lié en particulier à l'intégration au régime général, durant la période de la COG, du régime des travailleurs indépendants.

[58] Ces trois axes stratégiques se déclinent en cinq engagements, cinq actions et six indicateurs. Les indicateurs portent sur les délais de traitement (trois indicateurs sur six), l'avancement de la dématérialisation et l'amélioration de la productivité du processus. Le nombre d'indicateurs relatif aux IJ est significatif de l'importance accordée à la gestion de cette prestation. L'indicateur relatif au délai de traitement de la première IJ maladie non subrogée est particulièrement suivi: il fait partie des indicateurs suivi par la caisse nationale de manière hebdomadaire.

[59] L'impact de la crise sanitaire sur les IJ se traduit dans le suivi des objectifs de la COG : l'indicateur relatif au délai de traitement de la première IJ maladie non subrogée fait partie des indicateurs dont la cible a été suspendue ou revue. Ainsi, en 2020, fixée à 27 jours, elle a été suspendue. En 2021, elle a été portée de 26 à 27 jours.

2.1.2 Les résultats des six indicateurs associés aux engagements et actions montrent que la caisse nationale n'a atteint que partiellement les objectifs qui lui étaient fixés

[60] La crise sanitaire a très fortement impacté la gestion des indemnités journalières, en particulier depuis le début de l'année 2022¹⁰⁵. Cela rend délicate l'appréciation de la tenue des objectifs de la COG sur l'ensemble de la période. La mission fait toutefois le constat que ces objectifs n'ont été que partiellement tenus :

¹⁰⁵ A titre d'illustration, 4 millions d'IJ non subrogées ont été pris en charge au cours des cinq premiers mois de l'année 2022, contre 4,87 millions pour l'ensemble de l'année 2019.

- **Les cibles des indicateurs relatifs aux délais de traitement ne sont pas tenues dès le début de la période donc avant même la crise** (le délai de traitement de la première IJ non subrogée est de 30,33 jours en 2018 et de 30,04 jours en 2019¹⁰⁶ alors que la cible était fixée à 28), avec de forts écarts entre CPAM (voir partie 2.1.3).
- **S’agissant de l’axe relatif à la dématérialisation**, si l’objectif lié au taux de relevé IJ (attestation de paiement) dématérialisées est globalement atteint (dès 2018 et avec un taux qui dépasse la cible de trois points en 2021 97,89% pour une cible à 94%), celui lié à la dématérialisation de l’envoi de l’avis d’arrêt de travail reste en deçà des cibles fixées sur la durée de la COG (38,18% en 2018 pour une cible à 40%, 58,77% pour une cible à 70% en 2021), mais en progression constante.
- **Concernant l’intégration des nouveaux régimes**, la cible du délai de traitement des IJ maladie et maternité des travailleurs indépendants n’était pas fixée en début de COG, compte-tenu de la date du transfert, elle n’a pas été fixée ensuite mais l’indicateur a fait l’objet d’un suivi. Il s’établissait à 25,5 jours pour la maladie et 60 jours la maternité en 2020 puis à respectivement 18 et 40 jours en 2021. Au mois de mai 2022, il s’établissait à 14,1 jours (maladie, maternité, paternité), pour un socle à 27 jours et une cible à 20 jours, preuve d’une réelle efficacité en fin de COG des nouvelles modalités mises en œuvre et d’une diminution régulière des délais¹⁰⁷.
- **Enfin, l’indicateur relatif à l’accroissement de la productivité du processus** est atteint entre 2018 et 2019, mais pas entre 2019 et 2020.

[61] L’ensemble de ces résultats montre les difficultés de la caisse nationale à piloter le processus des IJ, de manière structurelle et indépendamment de la crise sanitaire, sur le plan à la fois de la production (délai de traitement et productivité), mais aussi des outils associés (dématérialisation).

¹⁰⁶ La mission a fait le constat que selon les sources consultées, les valeurs des indicateurs (volumétrie, délais, effectifs...) peuvent ne pas être exactement identiques.

¹⁰⁷ A la même période, l’indicateur s’élevait à 40,5 jours (maladie et AT/MP) pour les travailleurs salariés

Schéma 9 : Résultats des engagements, actions et indicateurs prévus dans la COG et relatifs aux IJ entre 2018 et 2022

Axe stratégique	Axe opérationnel (fiche)	Engagement	Action	Indicateur/évaluation de l'engagement	2018	2019	2020	2021	2022	
Rendre aux usagers un service maintenu à un haut niveau de qualité	S'engager sur la performance du service	Délivrer, pour l'ensemble des publics, un service rapide et fiable sur l'ensemble des dimensions du service de base	Optimiser les process de délivrance du service pour améliorer la performance	Délai moyen de paiement de la 1ère IJ non subrogée (en jours)	Cible					
					28	28	27 (suspendue)	26 (revue à 27)	25	
					Résultat					
					30,33	30,04	30,7	31,2	31,1	
Accompagner l'innovation numérique en santé	Etendre l'offre de service numérique de l'assurance maladie	Élargir l'offre de service numérique proposée aux assurés sociaux	Doter le compte AMELI de nouvelles fonctionnalités	Taux d'utilisation d'un bouquet de télé-services assurés dont le relevé IJ (RIJ)	91%	92%	93%	94%	95%	
					Résultat					
						93,73%	92,87%	90,22%	96,57%	ND
		Conforter l'usage des télé-services par les professionnels de santé	Élargir la gamme des télé-services intégrés dans les logiciels	Taux d'utilisation d'un bouquet de télé-services professionnels de santé dont l'avis d'arrêt de travail (AAT)	Cible					
					40%	50%	60%	70%	75%	
				Résultat						
					38,18%	45,05%	54%	58,77%	62,44%	
Réussir l'intégration d'autres régimes en garantissant un fonctionnement efficient de la branche	Conduire avec succès les opérations d'intégration et d'adossement des régimes partenaires	Sécuriser les transferts d'activité	Conduire ces opérations sans affecter le niveau de performance de la branche	Délai moyen de traitement de la 1ère IJ maladie pour les indépendants (en jours)	Cible					
					Maintien de l'objectif COG RSI jusqu'à fin 2019	Non définie à la signature de la COG				
						Résultat				
								25,5	18	
					Délai moyen de traitement de la 1ère IJ maternité pour les indépendants (en jours)			60	40	15,5
	Renforcer les coopérations entre les organismes et entre les branches	Renforcer le pilotage de la performance	Piloter l'efficience de la branche	Amélioration de la productivité sur le processus « gestion des indemnités journalières (IJ) »	Cible					
					2,50%	2,50%	5%	5%	5%	
					Résultat					
					11 483	12 088	12 584	ND	ND	

Source : Mission, à partir des données des bilans annuels de la COG pour les années 2018 à 2020. Pour 2021, à partir des données présentées au conseil de la CNAM le 7 juillet 2022. Pour 2022, les données sont issues des CPG (en période cumulée).

2.1.3 L'analyse des indicateurs montre une grande dispersion entre les CPAM dans l'atteinte des objectifs

2.1.3.1 Le délai de règlement de la 1^{ère} IJ non subrogée : un resserrement des écarts entre caisses, une dégradation massive de l'indicateur depuis le début de l'année 2022

[62] L'évolution de cet indicateur s'analyse au travers de 3 périodes distinctes depuis le début de la COG :

- De 2018 à 2020, on relève un résultat moyen et une évolution tendancielle relativement satisfaisants au regard des objectifs fixés (socle à 31 puis 35 jours, cible à 28 puis 27 jours) accompagnés d'une dispersion extrêmement grande des résultats des caisses :
 - Le délai moyen, non pondéré du poids relatif des caisses, est passé de 28,8 jours en 2018 à 28,4 jours en 2020 ;
 - Le nombre de caisses ayant dépassé la cible est passé de 50 en 2018 à 40 en 2020 et celui des caisses n'ayant pas atteint le socle (sensiblement abaissé il est vrai) de 18 à 2 ;
 - Si le meilleur résultat affiché s'est légèrement dégradé entre 2018 (21,62 jours à la CPAM 63) et 2020 (23,5 jours à la CPAM 15), le délai le plus long a nettement diminué (44,06 jours en 2018 à la CPAM 95 ; 38,5 jours en 2020 à la CPAM 75) vraisemblablement sous l'effet de plans d'actions locaux mis en œuvre pour rétablir des situations très dégradées¹⁰⁸ ;
 - L'écart entre la caisse la moins et la plus performante apparaît considérable en 2018 (+103% en 2018) il était encore important en 2020 (+64%), traduisant une différence criante de qualité de service délivré à la population.

- Un resserrement prononcé des résultats autour d'un délai moyen national dégradé en 2021, dans un contexte de crise sanitaire dont les effets se sont inscrits dans la durée :
 - Le délai moyen, non pondéré du poids relatif des caisses, s'est établi en 2021 à 30,9 jours, soit 2,5 jours de plus par rapport à 2020 ;
 - Le nombre de caisses ayant dépassé la cible est passé de 40 en 2020 à seulement 15 en 2021, et celui des caisses n'ayant pas atteint le socle de 2 à 6 ; les caisses dont le score s'est inscrit entre le socle et la cible est en conséquence passé de 60 à 81 ;
 - Les délais extrêmes ont connu des évolutions contrastées, le meilleur résultat affiché est passé de 23,5 jours à 25,24 jours (+ 1,74 jours) quand le délai le plus long se réduisait très légèrement de 38,5 jours à 38,02 jours (0,48 jours) ;
 - En conséquence, l'écart entre la caisse la moins et la plus performante a continué à se réduire, il n'était plus que de 50% en 2021.

- La dégradation des résultats depuis le début de l'année 2022, sous l'effet de la vague OMICRON et du volume sans précédent d'IJ à régler, a été extrêmement brutale. Plusieurs indicateurs permettent de prendre la mesure de cette situation :
 - Au mois de mai 2022, le délai moyen de règlement était de 40,5 jours quand il était de 32,3 jours à la même époque un an auparavant ;
 - A la fin du 1^{er} semestre, semaine 26, le délai moyen de règlement était encore de 38,3 jours, 65 caisses affichaient un résultat sous le socle, dont 32 à plus de 40 jours (avec un maximum à 59,24 jours) ;
 - Le pic de la dégradation semble avoir été atteint au cours de la semaine 23 (début juin) lors de laquelle le délai moyen de règlement s'est élevé à 43,71 jours, avec une différenciation particulièrement forte entre les IJ non COVID (37,8 j) et les IJ COVID (64,5j).

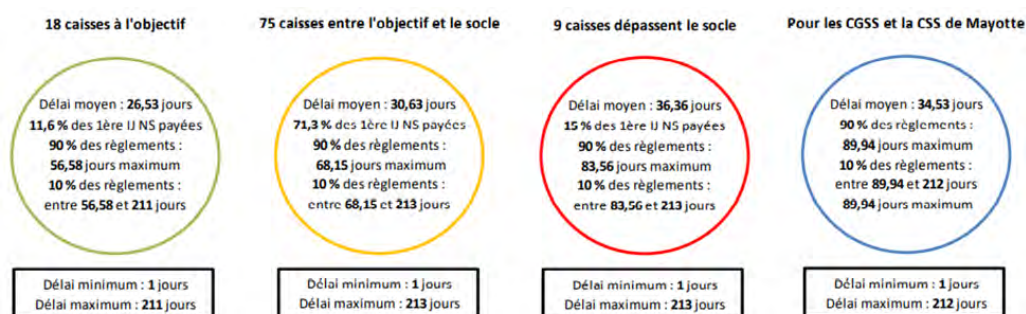
¹⁰⁸ On observera notamment que 3 caisses d'île de France (95, 93 et 92) qui affichaient des délais de règlement parmi les plus mauvais en 2018 (entre 40 et 44 j) ont très sensiblement amélioré leur performance (entre 33 et 34 j) pour se rapprocher de la moyenne nationale

L'enjeu des IJ réglées le plus tardivement : les délais

L'indicateur retenu dans la COG et suivi dans les CPG porte sur le délai moyen de règlement des IJ non subrogées. Si, comme pour toute moyenne, le suivi de cet indicateur permet d'apprécier l'évolution tendancielle, il ne rend pas compte de l'évolution des valeurs extrêmes des premiers déciles (règlements les plus rapides) et derniers déciles (règlements les plus longs). Pourtant, la forte sensibilité sociale de cette prestation justifie qu'une attention particulière soit accordée aux IJ versées le plus tardivement.

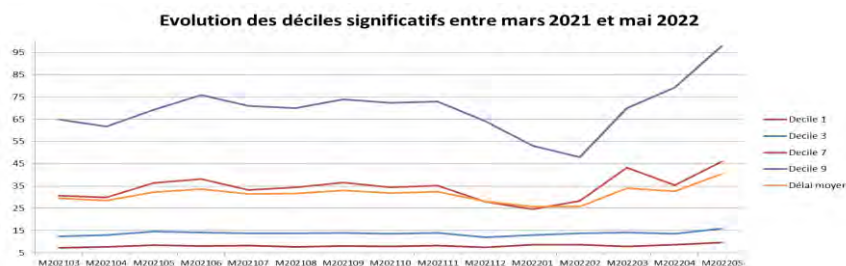
Au moment de consolider la rédaction de cette note d'étape, la mission n'a pu obtenir de l'assurance maladie que des données partielles présentées ci-après qui illustrent toutefois l'intérêt d'un suivi plus ciblé de ce paramètre. Il en ressort notamment :

- Qu'à l'automne 2021, les 10% d'IJ payées le plus tardivement l'étaient en plus de 56,58 jours dans les 18 caisses les plus performantes et en plus de 68,15 jours, soit près du double de temps que l'objectif fixé pour le socle, dans les 75 caisses qui s'inscrivaient entre l'objectif et le socle ;
- Qu'entre le mois de mars 2021 et le mois de mai 2022, soit sur une période relativement longue : 1/ le délai de paiement des trois premiers déciles est toujours resté en-deçà des 15 jours (à l'exception du mois de mai 2022, très exceptionnel, pour le 3^{ème} décile), 2/ le délai de paiement du 7^{ème} décile est à peine supérieur au délai de paiement moyen (ce qui suggère que le délai de paiement des deux derniers déciles pèse fortement sur la moyenne, autant que les 7 premiers) et 3/ le délai du 9^{ème} décile s'est inscrit dans une fourchette entre 65 et 75 jours au cours de l'année 2021 et que ce délai a dépassé les 95 jours au mois de mai 2022.



Source : CNAM : « Indemnités journalières : résultats et enjeux de service. Conseil de la CNAM du 4 novembre 2021. »

STRUCTURE DES DÉLAIS MOYENS (ÉVOLUTION DES DÉCILES) DE MARS 2021 À MAI 2022



Les délais COVID sont contenus pendant les pics épidémiques et souffrent d'un délai plus fort lorsque moins de ressources sont mobilisées sur le traitement spécifique

Source : CNAM.

L'enjeu des IJ réglées le plus tardivement : la corrélation délais/montant

Compte tenu des problématiques particulières soulevées par le traitement des IJ des assurés en situation de travail « atypique » (complexité/lourdeur de gestion, sensibilité sociale forte), la mission a souhaité vérifier l'existence d'une éventuelle corrélation entre, d'une part, le délai moyen de règlement des IJ et, d'autre part, le montant des IJ versées.

Les tableaux ci-dessous ont été réalisés par la CPAM de l'Isère, à la demande de la mission, sur le périmètre des IJ maladie non subrogées payées entre le 01/01/2022 et le 30/06/2022

1/ Montant moyen de l'IJ par délai de paiement :

Les données présentées mettent clairement en évidence l'existence de deux groupes aux caractéristiques très différentes :

- Pour les cinq premiers quartiles, les délais de paiement sont courts (inférieurs à 20 jours) et les montants moyens des IJ sont très homogènes (entre 35,2 et 36,02€)
- Pour les cinq derniers quartiles, la dispersion est forte concernant les délais (de 18 à plus de 74 jours) et les montants moyens des IJ décroissent de manière linéaire (de 34,52 à 27,59€)

Décile	Délai de paiement	Montant IJ moyen	Quartile	Délai de paiement	Montant IJ moyen
1er	≤ 7 j	35,26 €	1er	≤ 10 j	35,38 €
2ème	> 7 j et ≤ 9 j	35,20 €	2ème	> 10 j et ≤ 18 j	35,62 €
3ème	> 9 j et ≤ 11 j	35,74 €	3ème	> 18 j et ≤ 43 j	32,31 €
4ème	> 11 j et ≤ 14 j	36,02 €	4ème	> 43 j	27,88 €
5ème	> 14 j et ≤ 18 j	35,27 €			
6ème	> 18 j et ≤ 25 j	34,52 €			
7ème	> 25 j et ≤ 36 j	31,52 €			
8ème	> 36 j et ≤ 51 j	29,14 €			
9ème	> 51 j et ≤ 74 j	27,71 €			
10ème	> 74 j	27,59 €			

2/ Délais de paiement moyen par montant d'IJ :

Les données présentées mettent en évidence des délais moyens de paiement les plus longs, supérieurs à 35 jours, pour les IJ de très faible montant, inférieur à 27,24€ quand ce délai est de 21 jours pour les IJ dont le montant est supérieure à 47,02€.

Décile	Montant IJ	délai de paiement moyen	Quartile	Montant IJ	délai de paiement moyen
1er	≤ 16,57 €	49 j	1er	≤ 25,88 €	44 j
2ème	> 16,57 € et ≤ 22,87 €	42 j	2ème	> 25,88 € et ≤ 33,03 €	30 j
3ème	> 22,87 € et ≤ 27,24 €	35 j	3ème	> 33,03 € et ≤ 41,39 €	26 j
4ème	> 27,24 € et ≤ 30,19 €	31 j	4ème	> 41,39 €	24 j
5ème	> 30,19 € et ≤ 33,03 €	28 j			
6ème	> 33,03 € et ≤ 36,08 €	27 j			
7ème	> 36,08 € et ≤ 39,53 €	27 j			
8ème	> 39,53 € et ≤ 43,59 €	24 j			
9ème	> 43,59 € et ≤ 47,02 €	26 j			
10ème	> 47,02 €	21 j			

Ces données, issues d'une enquête réalisée dans une unique CPAM, indiquent nettement l'existence d'une corrélation entre le délai de règlement des IJ et leur montant. Elles renforcent la sensibilité de la question de la liquidation des IJ complexes, qui apparaissent comme les plus modestes, et par conséquent les plus indispensables à la vie quotidienne des assurés auxquels elles sont dues. Elles invitent à la réalisation d'une analyse à plus large échelle de la part de l'assurance maladie afin que le phénomène soit appréhendé à une plus globalement.

Source : CPAM de l'Isère.

2.1.3.2 Une augmentation régulière mais insuffisante du taux de dématérialisation des avis d'arrêts de travail, avec un écart à la cible qui s'accroît depuis 2018

[63] Cet indicateur, valorisé dans le CPG à hauteur de 15 points en début de COG puis de 20 points sur les dernières années, est caractérisé par une augmentation régulière et relativement volontariste des objectifs, pour ce qui concerne la cible tout au moins¹⁰⁹.

[64] Si l'objectif socle a été progressivement rehaussé de 20% en 2018 à 47,87% en 2022, l'objectif cible est dans le même temps passé de 40 à 80% en 2022¹¹⁰. On notera que l'écart entre le socle et la cible s'est réduit en valeur relative sur la période de la COG (cible à + 100% du socle en 2018, à + 67% en 2022) ; cet écart a régulièrement augmenté en valeur réelle sur la même période (de 20% en 2018 à plus de 32% en 2022), offrant un espace inter-objectifs particulièrement large et peu discriminant.

[65] L'analyse des résultats obtenus par les caisses fait apparaître les principaux constats suivants :

- Une augmentation régulière du taux de dématérialisation, de 37,67% en 2018 à 57,85% en 2021 (moyennes non pondérées du poids relatif des caisses), traduisant un processus visiblement inscrit dans la durée. La tendance observée sur les premiers mois de 2022 semble confirmer cette tendance, avec un taux de 67,35% au mois de mai (à rapprocher des 59,09% observés à fin mai 2021) ;
- Une baisse régulière du taux de réussite à l'indicateur CPG qui passe de 85,75% en 2018 à 53,95% en 2021, traduction d'une amélioration des résultats atteints moins forte que le rehaussement de la cible. A fin mai 2022, le taux de réussite est nettement inférieur à 50% (45,36%) ;
- L'écart entre la caisse la moins et la plus performante est demeuré stable autour de 30 points, 22,17%/52,80% en 2018 vs 42,82%/72,16% en 2021. S'il n'existe pas véritablement de corrélation géographique avec la performance des caisses, on peut toutefois relever les constats suivants :
 - Les CPAM qui figuraient parmi les moins performantes en 2018 (% inférieur à 30%) comme en 2021 (% inférieur à 50%) sont majoritairement des caisses de départements peu urbanisés (Ariège, Corrèze, Corse (2), Creuse, Lozère, Nièvre) ;
 - Quatre des huit CPAM des départements d'Ile de France (Paris, Seine et marne, Seine Saint Denis, Val d'Oise) figuraient parmi les moins performantes en 2018, ce n'est plus le cas en 2021 ;

¹⁰⁹ A contrario, l'objectif du socle apparaît peu volontariste, inférieur à 50% en fin de période.

¹¹⁰ Les valeurs de l'indicateur COG sont les mêmes que la cible, à l'exception de 2022 où l'indicateur CPG est 5 points supérieur (80%) à l'indicateur COG (75%).

- Les six CPAM du Nord et du Pas de Calais affichent des résultats très homogènes et très élevés en 2021 : à l'exception d'une (62,80%) leur taux est supérieur à 64%, Les CPAM de Roubaix Tourcoing (72,16%) et de Lille Douai (69,62%) étant par ailleurs les deux plus performantes de France pour cet indicateur.
- Enfin, les caisses ont progressivement convergé vers l'espace inter-objectifs au cours de la période :
 - Aucune caisse n'est sous le socle en 2018, une seule en 2021 (42,82% pour un socle à 43,58%) et aucune à fin mai 2022 ;
 - 39 caisses au-delà de la cible en 2018, une seule en 2021 (72,16% pour 70%) comme à fin mai 2022 ;
 - En conséquence, la quasi-totalité des caisses s'inscrivent à fin 2021, comme à fin mai 2022, dans l'espace inter-objectifs large rappelé ci-dessus (supérieur à 32%).

2.2 L'Etat a globalement tenu ses deux engagements

[66] Les deux engagements concernent respectivement :

- La simplification de la réglementation ;
- L'échange de données.

[67] Ils s'inscrivent dans l'axe stratégique « Rendre aux usagers un service maintenu à un haut niveau de qualité », au sein de l'axe opérationnel « simplifier les démarches des usagers ».

[68] Le premier engagement vise à « Examiner les propositions de mesures éventuelles de simplification réglementaires sur les sujets prioritaires ». La direction de la sécurité sociale (DSS) a, durant la COG, adapté et simplifié les dispositions législatives et réglementaires relatives aux IJ nécessaires à l'intégration des travailleurs indépendants au régime général (simplification des conditions d'ouverture de droit et suppression de l'obligation d'être à jour des cotisations pour bénéficier des IJ) dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Par ailleurs, la durée du congé maternité des travailleuses indépendantes a été allongée et alignée sur celle des salariées. Si ces évolutions ont contribué à simplifier la réglementation en matière d'IJ, elles sont toutefois restées de portée limitée. Un séminaire conjoint entre la DSS et la CNAM relatif aux indemnités journalières s'est tenu le 21 janvier 2022, à l'initiative de la caisse nationale, pour étudier les pistes d'amélioration de la gestion du processus sur différentes thématiques : dématérialisation, simplifications de la réglementation, gestion du risque. A date, une feuille de route a été établie et certaines mesures ont été soumises à l'arbitrage des cabinets ministériels. Ces travaux, qui témoignent de la volonté d'aller plus loin en matière de simplification n'ont pas encore abouti à la validation de décisions concrètes ; ils n'auront, quoi qu'il advienne, pas d'impact sur la présente COG.

[69] Le second engagement vise quant à lui à « Encourager et porter, auprès de chacun des opérateurs de la sphère sociale, le développement de solutions informationnelles interopérables, permettant les échanges automatisés d'informations dont l'exploitation conduit à actualiser directement les bases décisionnelles. En particulier, la réception d'informations issues de Pôle emploi via la DSN permettrait de traiter beaucoup plus rapidement les indemnités journalières des assurés présentant des carrières discontinues alternant périodes salariées et périodes de chômage. »

[70] Si des travaux sur les échanges de données ont été engagés (voir partie 3.3) ils doivent absolument être amplifiés et accélérés, sous l'impulsion de l'Etat, au regard des enjeux d'efficacité et de qualité de service en jeu, en particulier pour les assurés présentant des profils d'emploi « atypiques ».

[71] L'importance de ce processus de gestion pour les assurés, la situation fortement dégradée des délais de règlement des IJ et le poids des ressources mobilisées par l'assurance maladie pour assurer cette prestation, dans un contexte de recherche continue d'une amélioration de la performance de l'assurance maladie, imposent d'agir de manière urgente, sur l'ensemble des leviers du processus et l'ensemble des acteurs concernés. Cinq leviers sont identifiés par la mission pour concourir à une amélioration globale des performances : la dématérialisation des déclarations, la performance des outils par leur automatisation, la simplification de la réglementation, le renforcement de l'accompagnement et du contrôle des professionnels de santé, l'information des assurés.

3 La généralisation de la dématérialisation des déclarations et l'amélioration de la performance des outils de gestion au service de l'efficacité et de la qualité de service

3.1 La généralisation de la dématérialisation des déclarations des professionnels de santé et des employeurs pour fluidifier et accélérer les délais de règlement des IJ

3.1.1 Le télé service de déclaration des avis d'arrêt de travail prescrits est encore insuffisamment utilisé par les professionnels de santé

[72] Plus de dix années après sa mise en place, l'AAT en ligne ne fait pas partie des outils majoritairement utilisés par les médecins pour prescrire, et demeure largement méconnu des assurés. La COG 2018-2022 a fixé pour objectif un taux d'utilisation de 40 % en 2018, en hausse progressive jusqu'à 75%. Malgré une progression constante des niveaux de dématérialisation, les objectifs n'ont pas été atteints (voir 2.1.3.2). Le taux de dématérialisation s'élève à 67% en mai 2022¹¹¹.

[73] Pour autant, le télé service s'avère a priori simple d'utilisation. Le formulaire intègre une aide à la saisie en ligne : données administratives pré-remplies, menus déroulants permettant de sélectionner le motif médical, tableau des durées indicatives d'arrêt de travail et fiches téléchargeables...

[74] Les praticiens ont encore peu recours au télé service de l'arrêt de travail, parce qu'ils considèrent qu'ils prennent moins de temps à remplir un exemplaire papier qu'à effectuer la démarche en ligne. La dématérialisation n'est en outre pas totale, puisque le praticien doit imprimer le volet 3 de l'avis destiné à l'employeur pour le remettre au patient.

[75] Dans sa feuille de route relative à la gestion du risque lié aux indemnités journalières, la CNAM prévoit de mener des travaux d'analyse qualitative et quantitative du télé service AAT, en vue d'engager des actions visant à renforcer son utilisation par les professionnels de santé.

¹¹¹ Source : CNAM. PPT « Bilan COG 2021. Réunion du 8 juillet 2022 »

[76] Au demeurant, la généralisation de l'utilisation du télé service d'AAT présenterait plusieurs avantages :

- Il s'agirait d'une mesure de simplification administrative pour l'utilisateur, qui n'aurait plus à renvoyer le volet « papier » à sa CPAM ;
- Elle permettrait d'améliorer la qualité du service rendu en réduisant une partie des délais de traitement, liée au délai d'envoi par l'assuré de son AAT, qui, par tolérance, peut être adressé à la caisse pendant 6 jours ;
- Elle contribuerait à limiter les coûts de gestion liés au traitement des AAT papier (réception, scannérisation et archivage) ;
- Elle améliorerait la gestion du risque, du fait de la possibilité d'une meilleure observance par les praticiens des durées indicatives par pathologie intégrées au formulaire en ligne ; les contrôles par le service médical seraient par ailleurs facilités. Ainsi, la durée moyenne des arrêts prescrits par les médecins généralistes de façon dématérialisée est plus courte que celle des arrêts prescrits par formulaire papier, soit, en 2019, respectivement 13 et 20 jours. Par ailleurs, les arrêts prescrits de manière dématérialisée représentent une part plus importante dans le total des arrêts, ce qui tend à montrer que la dématérialisation n'est pas un frein à la prescription. L'âge moyen des médecins n'utilisant pas le téléservice est plus élevé (61 ans en moyenne en 2021 pour ceux qui n'utilisent pas du tout le téléservice¹¹²).

[77] Cette dématérialisation est source de gains de productivité immédiats car les informations sont injectées directement dans l'outil métier PROGRES ; seuls les cas d'avis d'arrêt de travail rejetés font l'objet d'une saisie manuelle. L'injection directe des données est aussi prévue dans l'outil ARPEGE TS.

[78] L'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale prévoit que « *L'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie est subordonnée à la production de documents (...)* » ; l'obligation de transmission pesant, soit sur l'assuré, soit sur le professionnel de santé en cas de télétransmission, sous peine de sanction (allant pour l'assuré jusqu'à la déchéance des droits pour une certaine durée, et, pour le professionnel, jusqu'à la restitution de tout ou partie des prestations servies à l'assuré, sans préjudice des sanctions conventionnelles). L'article L. 161-35 prévoit par ailleurs que « *Les professionnels de santé (...) sont tenus d'assurer, pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, la transmission électronique des documents visés à l'article L. 161-33 et servant à la prise en charge des soins, produits ou prestations remboursables par l'assurance maladie. Les arrêts de travail sont prescrits, sauf exception, de manière dématérialisée par l'intermédiaire d'un service mis à la disposition des professionnels de santé par les organismes d'assurance maladie.* », sous peine de sanction conventionnelle. Si la lecture combinée de ces deux articles laisse entendre que l'obligation de télétransmission pèse prioritairement sur les professionnels de santé et de manière dématérialisée, une clarification de ces dispositions permettrait de rendre plus effective cette obligation et les sanctions prévues.

3.1.2 Fluidifier et accélérer le processus de transmission par les employeurs à l'assurance maladie des données de rémunération des assurés

[79] Au-delà de la contribution à la réduction du délai de règlement des IJ non subrogées que la généralisation de la télétransmission des AAT permettrait, une action doit impérativement être

¹¹² Source : CNAM ; PPT « Point d'étape feuille de route IJ. 19 juillet 2022 »

engagée afin de fluidifier le processus de transmission par les employeurs à l'assurance maladie des données de rémunération des assurés, données indispensables au calcul puis à la liquidation des IJ. Cette étape représente une part très significative du délai de règlement global des indemnités.

- Une étude réalisée en 2021 par les caisses d'Ile-de-France a permis d'évaluer que le poids moyen des délais de consolidation des éléments de salaire par l'employeur, dans le délai de paiement global, était en moyenne de 18 jours.
- La CPAM de Paris rencontrée par la mission indique par ailleurs que les délais de paiement des IJ des travailleurs indépendants, qui sont traités sans nécessité de pièce justificative d'un tiers employeur, sont en mars 2022 de 11,3 jours, soit plus de trois fois inférieur à celui des travailleurs salariés.
- La CPAM de Loire-Atlantique montre enfin que pour un délai de traitement de la première IJ non subrogée de 28,63 jours, 21,03 j correspondent en moyenne au temps nécessaire à l'assurance maladie pour recueillir et consolider les données de rémunération de l'assuré.

Graphique 13 : Décomposition du délai de traitement des IJ, exemple de la CPAM de Loire-Atlantique



Illustration à partir de l'outil d'accompagnement des Employeurs de la CPAM de Loire-Atlantique

Le délai de paiement de la 1^{ère} IJ AS non subrogée est de 28,63 jours, soit :

- 21,03 jours correspondant au délai de réception des éléments de salaires
- 7,60 jours de traitement interne (le délai de traitement interne est le même pour les IJ subrogées)

La DSN repose sur la transmission des événements par les employeurs et ne fait pas disparaître le délai de transmission



Source : CNAM

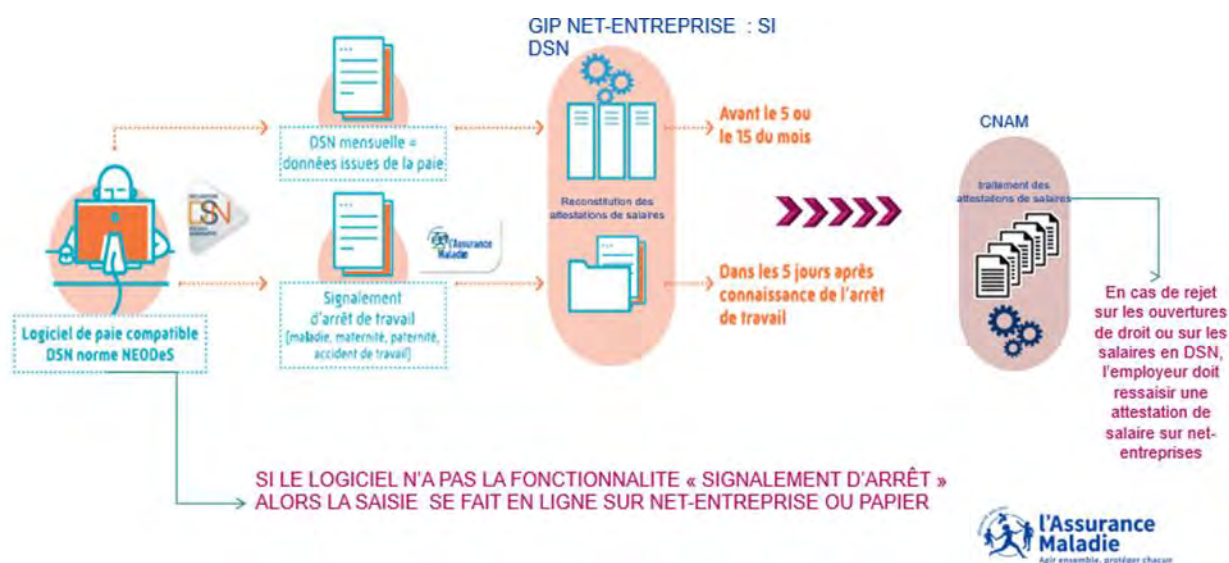
[80] L'amélioration de ce processus doit passer par la mobilisation de trois leviers impliquant l'assurance maladie mais également les employeurs, qui n'ont pas fait le choix de la subrogation, et qui ont une responsabilité importante vis-à-vis du délai de perception des IJ par leurs salariés.

3.1.2.1 Généraliser l'utilisation de la DSN pour la transmission des données de salaires par les employeurs

[81] L'utilisation de la DSN événementielle¹¹³ pour la transmission des éléments de salaires nécessaires au calcul des IJ constitue le premier de ces leviers. La transmission des éléments de salaire passe actuellement par différents canaux, qui ont des impacts différents sur le délai et la qualité de traitement des prestations :

- Par le biais d'une saisie manuelle des entreprises sur le portail Net-Entreprises¹¹⁴,
- Via l'usage de la DSN événementielle,
- Par un envoi papier, désormais de manière résiduelle, principalement pour les salariés ayant plusieurs employeurs.

Schéma 10 : Le signalement d'arrêt par l'employeur



Source : CNAM

¹¹³ Elle permet la déclaration de trois types d'événements : l'arrêt de travail, la reprise anticipée du travail par rapport à la date fixée par l'arrêt de travail, la fin du contrat de travail. Elle est disponible depuis 2015-16.

¹¹⁴ Le portail net-entreprises est défini dans le préambule de la convention constitutive du GIP Modernisation des Données Sociales (GIP MDS) comme « un outil commun à tous les organismes de protection sociale (OPS), offrant aux entreprises et aux tiers déclarants des services répondant à leurs attentes (...) » et un « (...) point d'accès unique pour les déclarations multi organismes (...) ».

Schéma 11 : Différence de saisie d'un signalement et d'une attestation en ligne en DSN et sur net-entreprises.fr

En DSN, le signalement d'arrêt

- Je coche nouvelle absence
- Je choisis le risque
- J'indique le Dernier Jour travaillé
- J'indique la date de fin prévisionnelle
- Je coche la subrogation et indique les dates de subrogation
- J'envoie le signalement d'arrêt

Saisie en ligne sur net-entreprises.fr

8 étapes pour remplir l'attestation de salaire en ligne

- Etape 1 : je choisis le type de flux : en ligne ou EDI posté
- Etape 2 : Je sélectionne le type d'arrêt
- Etape 3 : j'identifie mon salarié
- Etape 4 : Je renseigne les éléments pour l'étude des droits
- Etape 5 : Je saisis les salaires de référence
- Etape 6 : Je saisis les heures et salaires de référence pour les salariés rétablis
- Etape 7 : je valide la signature électronique
- Etape 8 : j'envoie l'attestation

Source : CNAM

Schéma 12 : Evolution des flux de DSII et de DSN entre 2017 et 2022



Source : CNAM

[82] Même si certains publics sont en train d'y basculer, les assistantes maternelles par exemple, et que l'obligation de transmission par DSN existe dans les textes pour les IJ non subrogées, le constat doit être fait que, depuis 2020, le taux de DSN évolue dans une fourchette comprise entre 45 et 65% des flux dématérialisés depuis 2017, ce qui ne dessine pas la perspective d'une généralisation.

[83] Dans son rapport sur l'avenir du recouvrement social, le Haut Conseil du Financement de la Protection sociale (HCFIPS) avance plusieurs éléments explicatifs : « (...) tout le périmètre des IJ n'est pas couvert à ce jour en DSN : les temps partiels thérapeutiques ne sont pas encore intégrés – ils devraient l'être à l'automne 2022 ; or ils représentent près de 15% des IJ gérées. Par ailleurs, l'usage par les entreprises de dispositifs précédant la DSN (déjà déployés sur net entreprise) a perduré, soit par habitude, soit en raison des coûts liés aux évolutions – reparamétrage des outils en cas de passage à la DSN-, soit parce que les logiciels n'intégraient pas la partie « événementielle » de la DSN, mais aussi pour des raisons de praticité : les bordereaux de paiement des indemnités journalières n'étaient, jusqu'à peu, pas récupérables à partir de la DSN, alors qu'ils l'étaient sur le support historique de net-entreprise. Ce dispositif est en place depuis fin 2021. » Les conditions permettant de l'atteindre doivent en tout état de cause être trouvées.

[84] Au regard des avantages qu'elle procure, l'usage de la DSN mérite d'être généralisé :

- Il s'agit d'une simplification pour l'employeur : le schéma ci-dessus montre que le nombre d'étapes pour signaler l'arrêt est moins important avec la DSN et que les saisies sont majoritairement automatiques.
- La DSN contribue à une meilleure qualité de service à l'assuré en diminuant le délai de traitement. La DSN permet en outre une fiabilisation des données transmises par les employeurs : selon la CNAM, les taux d'erreurs en DSN sont inférieurs de moitié par rapport à la saisie manuelle (5% de rejets contre 11%).
- Elle permet des gains en ETP : en 2017, le gain réalisé avec l'utilisation de la DSIJ-DSN était estimé à 150 ETP par la CNAM (12,5 M d'attestations de salaires, 80% télétransmises. 43% d'entre elles via la DSN)¹¹⁵.

[85] La mesure qui apparaît la plus facilement opérationnelle consisterait à supprimer l'usage des voies alternatives à la transmission des données de salaire par la DSN événementielle, en décommissionnant net entreprise (DSIJ) et n'autorisant plus l'envoi papier, voies qui seraient exclusivement réservées aux opérations de régularisation. Cette mesure suppose une modification réglementaire. Il conviendrait toutefois de prévoir un délai de mise en œuvre suffisant pour permettre une adaptation des logiciels par les éditeurs.

[86] La mission a pu constater que cette mesure fait l'objet de fortes attentes de la part des CPAM. Elle ne suffira toutefois seule à porter les améliorations que le processus de gestion des IJ requiert.

3.1.2.2 Assurer l'effectivité de la transmission par les employeurs à l'assurance maladie des données de rémunération des assurés dans des délais impératifs

[87] Si la DSN permet assurément de fluidifier le processus de gestion, elle ne garantit pas que les employeurs transmettront rapidement les données de rémunération nécessaires à la CNAM pour calculer et liquider les IJ. Cette limite est de nature à fortement atténuer la portée opérationnelle d'une généralisation du recours à la DSN.

[88] En effet, la réglementation impose déjà que ces informations soient transmises dans les cinq jours suivants le déclenchement de l'arrêt de travail. Or, il a été montré précédemment (voir partie 3.1.2) combien le délai de transmission de ces informations par les employeurs (de 18 à 21 jours dans les exemples cités) était supérieur à cette obligation et combien il pèse sur le délai global de règlement des indemnités. Ainsi, seules 31,5% des données sociales sont transmises dans le mois de l'arrêt par les employeurs (voir tableau ci-dessous). Si les employeurs ne modifient pas leur pratique en la matière, ce à quoi la généralisation de la DSN ne les contraindrait pas, cela réduira fortement les bénéfices de la mesure.

¹¹⁵ Mission IGAS 2017-008R : rapport d'évaluation de la COG de la CNAM 2014-17.

Schéma 13 : Délai de transmission par les employeurs des données nécessaires à la liquidation des IJ

Transmission par l'employeur	%	cumul
même mois	31,5	31,5
M+1	36,5	68
M+2	17	85
M+3	7	92
M+4	8	100

Source : CNAM. Données GIP MDS.

[89] Aussi, la mission considère qu'il est nécessaire d'accompagner cette mesure de la création d'une disposition qui sanctionnerait le non-respect par l'employeur du délai de transmission des éléments de rémunération, à l'instar d'autres dispositions existantes en matière par exemple de déclarations préalables à l'embauche¹¹⁶. Il s'agit de renforcer la responsabilisation des employeurs vis-à-vis de leurs salariés. La procédure dématérialisée de la DSN pourrait par ailleurs être utilisée pour automatiser les contrôles.

[90] Il est à noter que dans son rapport précité, le HCFIPS souligne que certains membres ont précisé que « même si ce n'était sans doute pas encore le moment, la promesse de simplification pour les entreprises devrait s'accompagner, en contrepartie, de plus de discipline et d'engagements forts pour améliorer la qualité du déclaratif et les délais de transmission des événements. Une réflexion devrait être engagée sur ce sujet, l'appareil de sanctions actuellement applicable¹¹⁷ ne pouvant être mis en œuvre aisément ».

3.1.2.3 Promouvoir auprès des employeurs la subrogation, par une action conjointe des pouvoirs publics et de l'assurance maladie, afin d'amplifier son déploiement

[91] La subrogation ouvre la possibilité à l'employeur, en cas d'arrêt de travail d'un salarié, de verser directement à ce dernier les IJ auxquelles il a droit (avec, le cas échéant, une indemnisation complémentaire versée par l'entreprise appelée « salaire maintenu ») et de se faire rembourser le montant correspondant aux indemnités journalières par l'assurance maladie¹¹⁸.

¹¹⁶ Le non-respect des délais d'envoi de la DPAE par le télé service dédié est une infraction de travail dissimulé susceptible d'une pénalité de 1 086€ par salarié concerné.

¹¹⁷ Pénalité de 17,14€ par salarié en cas de non transmission de la DSN, pénalité de 51€ par mois ou fraction de mois de retard et par salarié en cas de retard de transmission (avec un plafond de 5 142€ par entreprise et par an si le retard est inférieur ou égal à 5 jours), pénalité de 51€ par mois en cas d'omission d'un salarié (avec une rectification possible dans les 30 jours après la transmission de la déclaration), pénalité de 34,28€ par salarié en cas de fausses rémunérations, pénalité égale à 11,32€ en cas de transmission de fausses informations sur vos salariés, avec rectification possible dans les 30 jours (R243-12 et R243-13 du code de la sécurité sociale).

¹¹⁸ La subrogation ne peut s'appliquer que si les conditions fixées à l'article R. 323-11 du code de la sécurité sociale sont réunies, à savoir : 1/ Le salarié en arrêt de travail doit être indemnisé par la Sécurité sociale et son employeur doit continuer à lui verser son salaire, en totalité ou en partie, tout au long de cet arrêt ; 2/ Le salaire maintenu pendant l'arrêt de travail doit être au moins égal au montant des indemnités journalières de Sécurité sociale perçues par le salarié au cours de cette période.

[92] Son premier avantage est d'éviter aux assurés tout risque de rupture de salaire et de ne pas les rendre dépendant de la célérité avec laquelle son employeur transmet les éléments de rémunération à l'assurance maladie. Il s'agit d'une sécurité extrêmement forte pour l'assuré, en particulier pour ceux qui sont les plus dépendants de ces indemnités.

[93] La subrogation permet, en outre, sur le plan de la relation de services, de réduire la volumétrie des contacts multicanaux des organismes, dans la mesure où elle supprime de fait un motif important de contact de la part de l'utilisateur, à savoir la date à laquelle sera versée son IJ.

[94] Pour les CPAM, la subrogation facilite la gestion en limitant la relation aux seuls employeurs (ou à leurs représentants – 1/3 déclarants) – hors particuliers employeurs-, et en maîtrisant la relation employeurs, notamment dans les situations de multi-employeurs.

[95] Le tableau ci-dessous informe, selon la taille des entreprises, sur la proportion des IJ subrogées ainsi que sur le pourcentage des entreprises procédant à de la subrogation, la totalité des IJ ou pour certaines d'entre elles seulement (maternité/paternité/adoption par exemple).

Schéma 14 : Taux de subrogation des IJ en fonction de la taille de l'entreprise en 2020

Taille de l'entreprise (En nombre de salariés)	Nombre d'entreprises ayant eu au moins un bénéficiaire (2d semestre 2020)	Répartition du nombre de journées indemnisées	Part du nombre de journées indemnisées subrogées	Part des entreprises pratiquant la subrogation (totalement ou partiellement)			
0	8 609	1%	5%				
1 à 9 (MIC)	363 052	14%	18%	27%	MIC : microentreprises		
10 à 19 (PME hors MIC)	101 672	8%	23%	40%	MPE : petites et moyennes entreprises		
20 à 49 (PME hors MIC)	72 492	13%	27%	52%	ETI : entreprises de taille intermédiaire		
50 à 249 (PME hors MIC)	35 675	20%	37%	67%	GE : grandes entreprises		
250 à 4999 (ETI)	7 960	32%	49%	80%			
5000 et plus (GE)	180	12%	37%	72%			
NB : Dans les cas de multi-employeurs, les journées sont comptabilisées pour chaque employeur							

Source : CNAM/Mission

[96] Plusieurs observations peuvent être dégagées ce tableau :

- Le taux de subrogation augmente globalement avec la taille de l'entreprise, à l'exception des grandes entreprises (plus de 5000 salariés), exception au demeurant assez difficilement compréhensible ;
- Même pour les entreprises de petite taille, de dix à 50 salariés, le volume d'IJ n'est pas négligeable (25%) ;
- Pour les entreprises de plus de 50 salariés, qui représentent 64% du total des IJ indemnisées, le taux de subrogation moyen des IJ indemnisées est de 41% ;
- L'approche par entreprises montre qu'à partir de 20 salariés les entreprises qui pratiquaient en 2020 la subrogation, totalement ou partiellement étaient majoritaires, représentant jusqu'à 80% pour les entreprises de 250 à 4999 salariés.

[97] Ces constats tendent à démontrer que la subrogation n'est pas une pratique exclusivement mise en œuvre par les grandes ou très grandes entreprises et qu'une proportion importante d'entreprises y a recours, même partiellement, ce qui signifie qu'elles sont déjà en partie acculturée au mécanisme.

[98] Depuis le début de l'année 2021, les IJ subrogées représentent de l'ordre de 45 à 47% des IJ traitées, ce qui implique que les difficultés rencontrées par l'assurance maladie pour éviter la dégradation de l'efficacité de son processus et la dégradation de sa relation de service sont provoquées par 53 à 55 % des IJ.

[99] Bien qu'elle apparaisse comme la mesure qui serait la plus à même d'améliorer massivement l'efficacité et la qualité de service du processus de gestion des IJ, et malgré la marge de progression du taux de subrogation en fonction de la taille de l'entreprise, les conditions ne semblent pas réunies à date pour imposer la subrogation à l'ensemble des employeurs au regard du caractère potentiellement sensible de la mesure (notamment pour les petites entreprises pour lesquelles une avance de trésorerie pourrait être difficile à supporter lorsque l'agent est remplacé (double rémunération à assumer transitoirement)).

[100] Pour autant, la mission considère qu'en articulation avec les dispositions proposées concernant la généralisation de la DSN et le contrôle de l'effectivité des délais de transmission des éléments de rémunération par les employeurs, une action d'incitation au recours plus large à la subrogation devrait être engagée conjointement par les pouvoirs publics, les ministères en charge du travail et des entreprises en particulier, et par l'assurance maladie vis-à-vis des partenaires sociaux, et notamment des représentants des employeurs. L'enjeu en matière de responsabilité sociale est majeur.

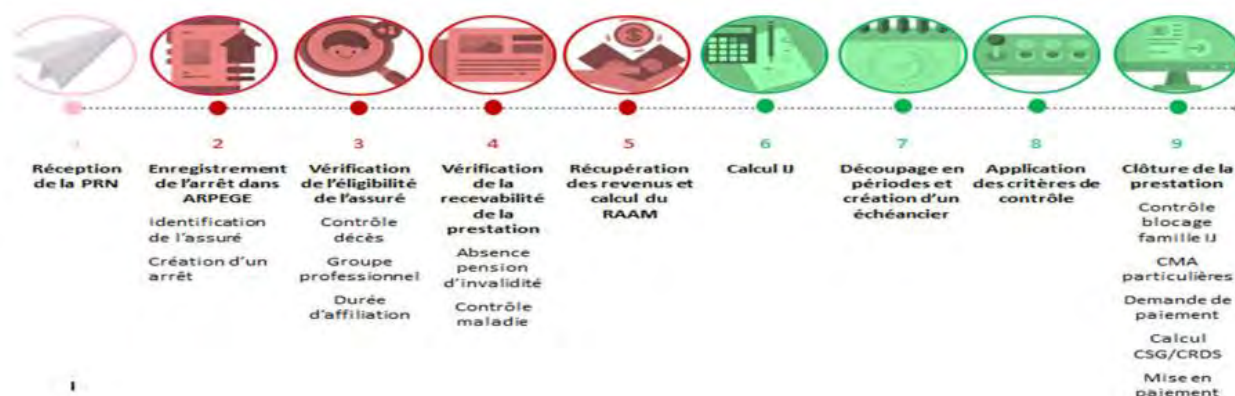
[101] En contrepartie, pour prendre en compte les impacts de la subrogation sur la trésorerie des entreprises, la CNAM devrait s'engager sur un délai de remboursement aux employeurs, par exemple sept jours à compter de la réception des éléments de rémunération des assurés. Par ailleurs, des prérequis en termes d'information et d'accompagnement des employeurs au déploiement de la subrogation s'avèreraient indispensables.

[102] Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 prévoit une disposition rendant obligatoire la subrogation des IJ maternité, paternité et d'adoption au plus tard le premier janvier 2025, à mettre en œuvre selon la taille des entreprises et dans les administrations publiques. Cette mesure mérite de s'analyser comme une première étape dans la perspective un élargissement de la subrogation à l'ensemble des risques et en particulier au risque maladie.

3.2 Le déploiement d'ARPEGE pour améliorer la performance de la gestion des IJ des salariés

[103] Selon les interlocuteurs des CPAM que la mission a pu rencontrer dans ses déplacements, un technicien assurant la gestion des indemnités journalières des salariés peut utiliser jusqu'à 50 outils de gestion (DIADEME, MEDIALOG, PROGRES, IMAGE, BOAAT...) selon les dossiers traités, qui ne sont pas liés entre eux et qu'il doit manier séparément.

Schéma 15 : Traitement d'un AT dans ARPEGE

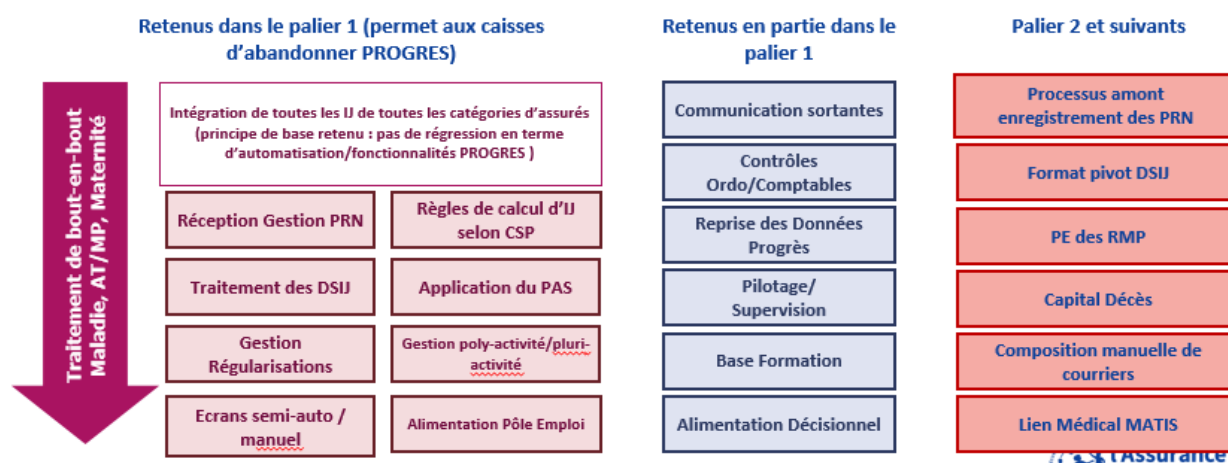


Source : CPAM de l'Isère.

[104] Outre les avantages attendus d'ARPEGE présentés au 1.2.2, le déploiement d'ARPEGE pour les IJ des travailleurs salariés permettrait, tout en prenant en compte les pratiques de terrain depuis la mise en place d'ARPEGE TI :

- D'homogénéiser les règles et pratiques sur le traitement des prestations en espèces quel que soit le régime de l'assuré ;
- D'enrichir les capacités de maîtrise des risques sur les prestations versées dès la liquidation ;
- De détecter des situations atypiques ou nécessitant des investigations dans le cadre d'activités en lien avec la gestion du risque (suivre des prescripteurs spécifiques France entière, Suivre des IJ de faible montant ou itératives, suivre des SIRET spécifiques, suivre des IJ sur une durée d'arrêt spécifique...). Ces suivis peuvent se faire avant paiement et donc éviter des dépenses indues. La même philosophie peut s'appliquer pour les actions d'accès au droit.

Schéma 16 : Périmètre fonctionnel du palier 1 ARPEGE TS



Source : CNAM.

[105] Pour autant, comme pour ARPEGE TI, ARPEGE TS ne suffira pas seule à simplifier le traitement des IJ des situations complexes (assurés ayant des plusieurs employeurs, une activité

discontinue...) qui sont les plus chronophages. Des solutions complémentaires devront donc être recherchées pour améliorer la performance de la gestion de ces dossiers (voir le 3.3).

3.3 Le renforcement des échanges de données entre opérateurs

[106] Comme la mission IGAS-IGF relative aux enjeux d'intérêt commun aux branches du régime général de sécurité sociale l'a montré, des efforts ont été déployés ces dernières années dans la construction et l'usage de systèmes d'information transverses et partagés, notamment la DSN, le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS), le portail national des droits sociaux (PNDS) et désormais le Dispositif de ressources mensuelles (DRM). Ils ont à la fois permis de réaliser ou de fiabiliser de nouveaux types de processus ou de services et de fournir des socles communs de nomenclature et de données. Pour autant, il subsiste une sous-potentialisation dans l'usage ou le périmètre de ces outils, en particulier pour faciliter l'instruction des droits et accélérer leur liquidation.

[107] Par ailleurs, l'accès aux portails d'information d'opérateurs partenaires se développe. Par exemple, les CPAM ont accès au portail de Pôle Emploi pour les données de rémunération des chômeurs pour le calcul des IJ. Elles accèdent aussi au portail de l'ACOSS pour obtenir les données de salaire des personnes payées par CESU. Pour autant, l'accès à ces portails n'est pas totalement optimal en termes de gestion des droits. En effet, les données n'étant pas injectées dans les outils métiers des CPAM, elles doivent être saisies par les agents, ce qui est source de perte de temps et potentiellement d'erreurs.

[108] Des évolutions sont en cours, notamment entre l'ACOSS et la CNAM pour la récupération des données de salaire pour les assurés rémunérés par CESU, avec la mise en place d'un échange de données informatisées. Ainsi, sur la base d'une liste de NIR saisie par les CPAM, l'ACOSS transmettra quotidiennement les données de salaire correspondantes, qui seront disponibles dès le lendemain pour les caisses. Par ailleurs des travaux avec Pôle Emploi devraient permettre une implémentation des données de rémunération dans ARPEGE TS.

[109] Il ressort des entretiens de la mission avec différentes CPAM lors de ses déplacements que la disponibilité d'informations de partenaires directement dans les outils métiers relatifs au traitement des IJ est une attente forte pour accélérer l'instruction et la liquidation des IJ. Ces évolutions sont attendues en particulier pour les assurés en situation d'emploi « atypique » les plus fragiles socialement, pour lesquels la gestion des IJ est la plus complexe et le délai de règlement le plus long, de par leur poly activité ou leur activité discontinue.

[110] Sans être en mesure de fournir des statistiques (les systèmes d'information ne peuvent identifier cette typologie d'assurés), la CNAM, considère que ces dossiers représentent 20% du volume total des dossiers et 80% du temps d'instruction des agents.

[111] Compte-tenu des enjeux en termes d'efficacité de gestion des IJ et de qualité de service aux bénéficiaires, il est essentiel que les échanges de données entre opérateurs soient rapidement développés.

4 Simplifier la législation/réglementation, pour gagner en efficience et en qualité de service

4.1 Différents objectifs qui concourent à une amélioration de l'efficience de la gestion des indemnités journalières

- Améliorer la lisibilité de la réglementation pour les assurés sociaux et les caisses et éviter toute interprétation source de complexité en gestion et d'iniquité pour les assurés ;
- Harmoniser les règles d'indemnisation quel que soit le régime de l'assuré (maladie, maternité, accident du travail ; salariés et travailleurs indépendants) et ainsi renforcer l'équité de la prise en charge ;
- Améliorer les conditions de prise en charge ;
- Améliorer la qualité de service ;
- Prendre en compte certaines dérogations/simplifications mise en œuvre pendant la crise sanitaire et dont le maintien à titre pérenne s'avère à l'usage justifié.
- Réaliser un gain de performance en termes de délai de paiement à l'assuré (80 % des IJ seraient traitées en moins de 30 jours contre 50 % actuellement), de fiabilisation du calcul de l'IJ ;

[112] Quelle que soit la finalité de l'objectif (harmonisation, simplification, amélioration des droits...) ces différentes mesures sont de nature à dégager des gains d'efficience.

[113] La mission rappelle que la mission de l'IGAS chargée de l'évaluation de la COG 2014-2017 recommandait à l'Etat d'engager une réforme de simplification des indemnités journalières au regard des coûts de gestion, des impacts en termes de relations de service à l'assuré, mais aussi des enjeux d'harmonisation et d'équité entre assurés. Elle recommandait en outre de veiller à consulter les caisses nationales suffisamment en amont pour évaluer les impacts des modifications réglementaires ou législatives sur les systèmes d'information afin d'étudier la faisabilité, les délais de réalisation et les coûts des mesures.

[114] Par ailleurs, la mission IGAS relative au bilan d'étape de l'intégration du RSI au régime général recommande aussi de simplifier le dispositif des indemnités journalières des travailleurs indépendants, en particulier s'agissant de la maternité, en adoptant des règles et process qui facilitent l'automatisation des traitements et donc la réduction des délais de versement.

4.2 Les mesures de simplification et d'harmonisation proposées :

4.2.1 L'harmonisation des périodes de référence et de l'assiette de ressources utilisées pour le calcul des IJ est prioritaire

[115] Au regard de la diversité des règles d'ouverture et des modalités de calcul du droit aux IJ, une harmonisation contribuerait à simplifier et à fluidifier le processus de gestion des indemnités, sans dégradation des droits des assurés.

[116] **S'agissant de la période de référence du salaire journalier pris en compte**, celle-ci est de 3 mois pour les assurés ayant une activité continue et de 12 mois pour ceux dont l'activité est

discontinue. Les données de salaires transmises par les employeurs concernant les assurés exerçant une activité en continu peuvent, selon la période de l'année où les revenus sont communiqués, comprendre ou non des éléments relatifs aux primes perçues par l'assuré. Cette situation est susceptible de générer deux types de problématiques :

- Des sujets d'équité vis-à-vis de l'indemnité calculée (impact favorable à l'assuré lorsque des primes ont été versées et non proratisées au cours d'un mois pris en référence ; impact défavorable lorsque ces primes ont été versées hors des mois pris en référence et qu'elles ne sont pas prises en compte dans le calcul des IJ) ;
- Un impact sur la fluidité du processus de gestion des IJ compte-tenu des rejets et des corrections et des retraitements de montants d'IJ qui en découlent.

Cette mesure apparaît donc à la fois comme une mesure d'équité et de simplification.

[117] Certains interlocuteurs rencontrés par la mission ont formulé le souhait qu'une mesure de simplification soit prise pour aligner la période de référence de l'ensemble des assurés non pas à 12 mois mais à 3 mois afin de limiter la charge de récupération des données de salaires concernant les salariés ayant une activité discontinue. Il s'agit d'une voie que la mission n'a pas souhaité retenir. Outre le fait qu'elle ne résoudrait pas les difficultés posées par la prise en compte des primes concernant les assurés exerçant une activité en continu, une telle mesure devrait s'accompagner d'une étude préalable permettant d'en mesurer l'effet budgétaire, tant vis-à-vis des assurés, dont certains pourraient être gagnants et d'autres perdants, qu'en conséquence vis-à-vis des dépenses d'IJ de l'assurance maladie.

[118] **Calculer par ailleurs les IJ, quel que soit le risque, en prenant en compte le salaire brut**, simplifierait la gestion pour les caisses. Cette mesure permettrait d'harmoniser les attestations employeurs et les formulaires correspondants. Elle rendrait possible l'automatisation via ARPEGE par l'implémentation d'une règle de gestion unique IJ AS et AT. Elle fiabiliserait les calculs, la notion de salaire brut étant plus facile à appréhender.

[119] Par ailleurs, les assurés n'auraient plus de risque de rupture de droit d'une part, lorsqu'ils changent de risque (puisque la période de référence serait la même) ou lorsqu'ils arrivent au terme des six mois d'IJ.

4.2.2 D'autres mesures pourraient contribuer à l'objectif de simplification et d'harmonisation

[120] D'autres mesures ont été mises à l'étude dans le cadre des échanges entre la DSS et la CNAM. Ces mesures, de portée opérationnelle moins importante sur le processus de gestion des IJ que celles objet de la recommandation n°6, pourraient toutefois contribuer à améliorer les droits des assurés, à simplifier ou à harmoniser la réglementation. Leur instruction doit être regardée avec intérêt. Il s'agit des mesures suivantes :

- **Introduire la notion d'arrêt de longue durée** : le bénéfice des indemnités journalières est actuellement ouvert sur une durée de trois années, au terme de laquelle l'assuré peut bénéficier d'une pension d'invalidité. Or, un certain nombre de pathologies et de situations individuelles (faisant souvent l'objet de reconnaissance d'affections de longue durée –ALD-) sont stabilisées bien avant le terme des 3 ans et pourraient justifier d'un basculement plus rapide en invalidité ou au contraire d'un suivi adapté par le service médical afin d'éviter la désinsertion professionnelle. Par ailleurs, certaines pathologies chroniques se caractérisent

par une alternance de périodes aigües et de répit, qui pourrait justifier d'un mode de comptabilisation des droits à IJ plus adapté. Une réflexion est engagée autour de la création d'un dispositif unique d'arrêt de longue durée, supprimant la notion de période triennale figée pour passer à une notion de droit étendu glissant sur 3 ans (par exemple : 720 jours sur 3 ans), associé à une définition des conditions de sortie de la période de longue durée : état d'incapacité permanente totale (invalidité ou rentes AT) ou partielle, décidée par le service médical. Un tel mécanisme éviterait les ruptures de droits. Il favoriserait la prise en charge des pathologies chroniques dans le cadre de reprises de travail (il s'agit d'une attente des associations de patients chroniques). Elle permettrait en outre de simplifier les démarches administratives, de fiabiliser et simplifier les règles de gestion (harmonisation des notions médicales) et la liquidation.

- **S'affranchir de la référence à la notion « d'affiliation »** pendant une période donnée dans l'instruction des dossiers de demandes d'IJ, en sus des conditions d'ouverture de droits déjà prévues (heures travaillées/montants cotisés). Cette notion est source de difficultés d'interprétation pour les services de production des caisses sur le caractère continu ou non que doit revêtir cette période et sur la prise en compte ou non des périodes d'affiliation sur critère de résidence.
- **Faire du seuil de contributivité une condition d'ouverture de droit :** le seuil de contributivité pour bénéficier d'une indemnisation en cas d'arrêt de travail requis pour les travailleurs indépendants peut aboutir, dans certains cas, à obtenir une indemnité d'un montant nul : l'assuré remplit les conditions d'ouverture du droit à l'IJ mais n'en bénéficie pas car il n'atteint pas le seuil de contributivité requis. Il pourrait s'agir d'une mesure de mise en cohérence et de lisibilité, qui par ailleurs aurait un impact sur la sollicitation des canaux de contacts, l'obtention d'une indemnité dont le montant est nul étant nécessairement source de questionnement de la part de l'assuré.
- **Simplifier l'indemnisation des arrêts de travail en mi-temps thérapeutique des travailleurs indépendants :** cette mesure d'harmonisation pourrait consister à normaliser la durée des arrêts de travail à mi-temps pour motif thérapeutique et à supprimer l'exigence d'un arrêt de travail à temps plein indemnisé préalable pour cette catégorie d'assurés, à l'instar des autres assurés.

[121] Par ailleurs, lors de ses déplacements, certains interlocuteurs ont évoqué avec la mission la mise en place d'IJ forfaitaires avec des modulations en fonction du niveau de revenus de l'assuré. La mission ne retient pas cette piste parmi ses recommandations. En effet, d'une part, elle présente un risque individuel de sous ou de sur indemnisation, dès lors que les montants forfaitaires auraient été calculés pour assurer à neutralité macroéconomique de nouveau mode d'indemnisation. Par ailleurs, cette piste ne semble pas recéler de gains d'efficacité pour les caisses qui demeureraient dans l'obligation de collecter les éléments de rémunération des intéressés pour calculer le forfait d'indemnisation à leur appliquer. Elles pourraient en outre être sollicitées, dans un premier temps au moins, sur les différents canaux de contact, dans les situations de sous-indemnisation.

5 Un accompagnement plus étroit et des contrôles plus nombreux et mieux ciblés des arrêts de travail sont nécessaires à l'amélioration de la pertinence des prescriptions

[122] L'objectif en matière d'arrêts de travail vise à s'assurer que les avis prescrits sont justifiés et proportionnés au regard de la pathologie dont souffre l'assuré. Cette action a un impact direct sur le processus de gestion des IJ au travers de la régulation de leur volumétrie ; nonobstant les actions engagées en matière d'amélioration des conditions de travail qui doivent être poursuivies, grâce en particulier à la mobilisation soutenue des employeurs, pour réduire structurellement les arrêts de travail.

[123] Les enjeux des différents acteurs sont les suivants :

- Pour le praticien, la prescription d'un arrêt de travail est un acte médical, sa prescription, quand la situation le justifie, relève de sa responsabilité. Il prend sa décision en prenant en compte plusieurs facteurs (pas uniquement médicaux : situation personnelle ou financière du patient, contexte socio-économique).
- Pour l'assuré, l'arrêt de travail est un droit dès lors que son état de santé le justifie.
- Pour l'employeur, l'absence d'un salarié au travail a un impact sur l'organisation du travail et la compétitivité de l'entreprise.
- La maîtrise de l'absentéisme agit à un double niveau d'activité de l'assurance maladie :
 - Elle impacte en premier lieu les ressources qui doivent être mobilisées pour atteindre cette maîtrise, au sein du service médical essentiellement, et pour traiter les demandes d'IJ afférentes aux AAT prescrits ;
 - Elle participe directement de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

[124] Pour 2022, les économies attendues au titre des indemnités journalières sont de 100 M€, soit environ 30% des économies attendues sur les actes et prescriptions (340 M€), et 9,85% des économies attendues de la part de l'assurance maladie sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)¹¹⁹. Deux axes sont retenus :

- La refonte des actions d'accompagnement des professionnels de santé en ville et en établissements de santé, la stratégie de gestion des arrêts de travail passant de campagnes ponctuelles sur ce thème à :
 - D'une part, un traitement par le service médical basé sur des échanges réguliers avec les prescripteurs à partir d'un système de détection précoce des assurés en arrêts de travail, dans l'objectif d'évaluer la situation médicale des assurés avec les prescripteurs et de les inciter au respect des durées indicatives d'arrêts dans une logique de conduite à la reprise du travail des assurés.
 - D'autre part, l'intégration des messages relatifs à cette prestation dans la stratégie d'accompagnement global de la prise en charge des pathologies et des parcours de soins des assurés.

¹¹⁹ Source : Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2021. « Améliorer la qualité du système de santé et améliorer les dépenses : propositions de l'assurance maladie pour 2022 ». Juillet 2021. Propositions de mesures pour l'ONDAM 2022 et le respect des objectifs.

- Le renforcement de la prévention de la désinsertion professionnelle¹²⁰.

[125] En 2023, les économies attendues de l'assurance maladie sur les indemnités journalières s'élèvent à 79 M€ (74 M€ au titre de l'efficacité et de la pertinence des soins et 5 M€ au titre des contrôles et de la lutte contre la fraude) soit 6,5% de l'impact annuel attendu des actions de l'assurance maladie sur l'ONDAM. La part des actions relatives aux indemnités journalières est en baisse par rapport à 2022 et reste en tout état de cause très modeste au regard des conséquences pour l'assurance maladie de la gestion de ce processus et *in fine* sur la qualité de services à l'assuré.

[126] Dans cet objectif, l'assurance maladie propose¹²¹ de « définir un nouveau plan d'action sur la pertinence des arrêts de travail, de la formation des professionnels (MOOC IJ) à une stratégie renouvelée des mésusages par un accompagnement et un contrôle renforcés des prescripteurs atypiques. ». Il s'agit pour l'assurance maladie de « bâtir un plan d'action équilibré entre information et formation des professionnels, prévention, rénovation des contrôles, portées en particulier par les MSAP [mise sous accord préalable], avec des actions à chaque étape du cycle de la prescription (amont, présent, aval) mobilisant l'ensemble des acteurs (prescripteurs, assurés, employeurs, santé au travail, acteurs de l'Assurance Maladie...). L'objectif est bien de contribuer à la maîtrise de l'évolution de la dépense en faisant évoluer les pratiques des prescripteurs par des actions conjointes vers l'ensemble de leur environnement. »

Schéma 17 : Economies attendues des actions de l'assurance maladie en 2023 (en millions d'euros)

	Impacts sur 2023
Approche pathologie	136
Maladies cardiovasculaires	36
Diabète	36
Santé mentale	45
Autres pathologies	18
Approche populationnelle	25
Enfance-jeunes	15
Maternité	10
Efficience - pertinence	754
Actes	112
Médicaments	149
Dispositifs médicaux	146
Biologie	180
Transports	94
Indemnités journalières	74
Contrôles & LCF	299
Actes	51
Médicaments	23
Dispositifs médicaux	15
Indemnités journalières	5
Lutte contre la fraude et abus	206
Total général	1 213

¹²⁰ La prévention de la désinsertion professionnelle est analysée par la mission d'évaluation de la COG de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles.

¹²¹ Proposition n° 27 du rapport.

Source : *Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2023. « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2023 ».*

[127] La volonté de réguler le volume et la durée des AAT, pour tendre vers l'optimum d'arrêts justifiés et proportionnés dans leur durée, n'est pas un objectif nouveau pour l'assurance maladie. Des actions de différentes nature, information, responsabilisation, contrôles, ont été entreprises par le passé pour y parvenir, selon une logique graduée :

- Un accompagnement « classique » pour informer les praticiens sur leur pratique, et, pour les praticiens qui ont besoin d'un soutien, une aide ponctuelle à la prescription (entretiens avec un délégué de l'assurance maladie –DAM-, facilitateur IJ, conseiller informatique CIS) ;
- Un soutien appuyé pour les forts prescripteurs au travers d'échanges confraternels ;
- Un accompagnement renforcé sur un nombre très limité de médecins avec les procédures d'entretiens d'alerte, de mise sous objectif/mise sous accord préalable (MSO/MSAP).

[128] La démarche menée par la CNAM, et qu'elle entend poursuivre, vise à prioriser les actions d'accompagnement et à cibler, dans une logique graduée, les contrôles sur les plus gros prescripteurs. Elle s'entend dans la période particulière de sortie de crise sanitaire qui s'est caractérisée par de très fortes sollicitations des professionnels de santé pendant plus de deux ans.

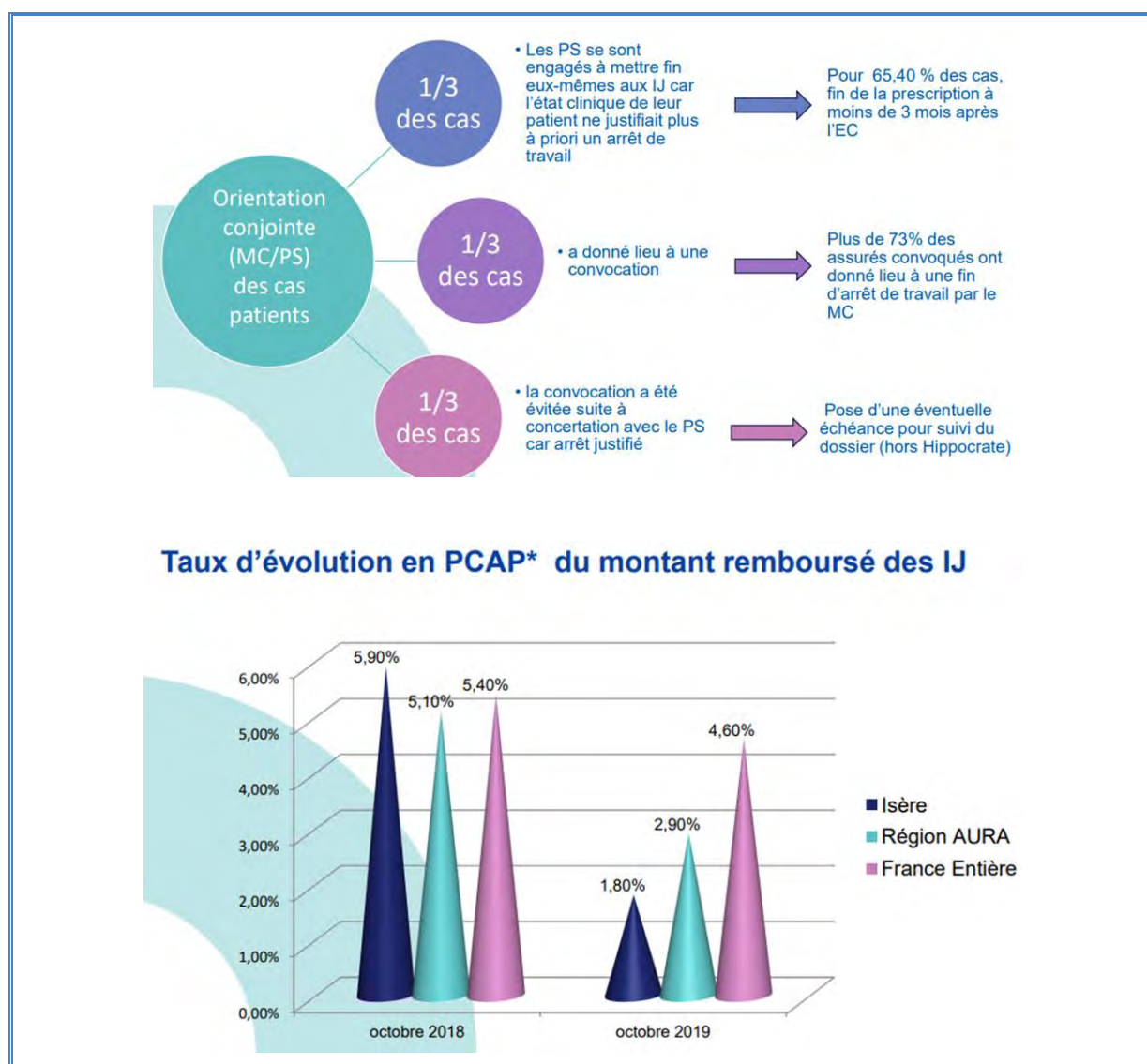
[129] Pour autant, l'augmentation tendancielle du volume des AAT prescrits et des volumes versés au titre des IJ ainsi que les enseignements issus des actions de contrôles mises en œuvre amènent à considérer que le déploiement d'une politique de contrôle, certes ciblée mais pas nécessairement « de dernier recours », reste nécessaire à la bonne régulation du volume des AAT prescrites et à la maîtrise du coût de cette dépense.

[130] Seule la conjugaison des deux axes accompagnement/contrôle, de manière équilibrée, donne *in fine* plus de force à la démarche de gestion du risque.

Exemple de l'Isère : impact des entretiens confraternels sur la prescription des IJ

Le service médical de l'Isère a développé une approche particulière d'accompagnement des praticiens prescripteurs reposant sur des « entretiens confraternels ». L'analyse des décisions prises à l'issue de l'examen des arrêts de travail réalisé dans ce cadre est instructive.

Panel : 350 professionnels de santé ont été suivis, avec une moyenne de 8 patients étudiés/professionnel, 3135 cas patients étudiés.



Source : *ELSM de l'Isère. Bilan des entretiens confraternels sur les indemnités journalières. Cas patients. Amphi CNA. 28 février 2020. Nota : PCAP : Période Comparable à l'Année Précédente.*

5.1 Accroître la responsabilisation des acteurs par une information et un accompagnement renforcés

[131] **La mission considère que la responsabilisation doit porter prioritairement sur les médecins prescripteurs**, notamment par les actions d'information et d'accompagnement, et être accompagnée d'un renforcement de la sensibilisation des assurés à l'enjeu de juste prescription des arrêts de travail.

5.1.1 Renforcer l'accompagnement des médecins prescripteurs

[132] Cet accompagnement recouvre un ensemble d'actions complémentaires, à déployer amplement sur la durée de la prochaine COG.

5.1.1.1 Compléter le registre des « fiches repères » mises à la disposition des praticiens prescripteurs et développer leur utilisation

[133] Ces fiches mentionnent selon les pathologies, les situations cliniques particulières et en fonction du poste de travail occupé, des durées indicatives d'arrêt de travail ; elles ont commencé à être élaborées par l'assurance maladie en lien avec des représentants de la profession depuis 2009.

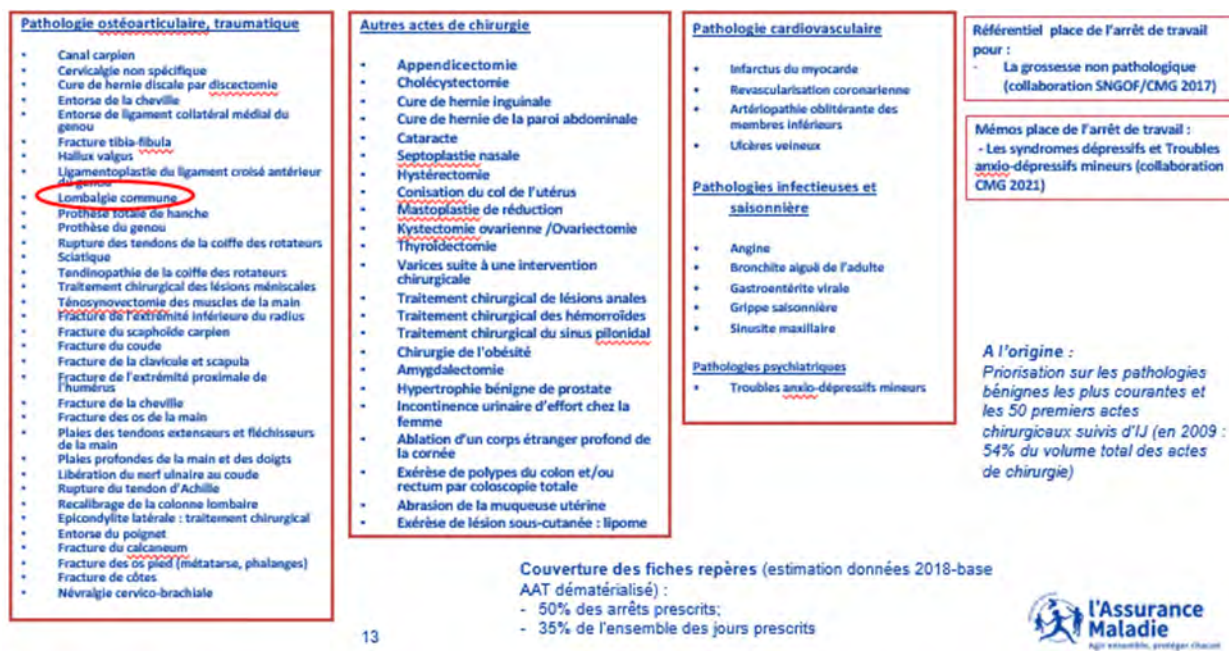
[134] Elles sont téléchargeables et s'affichent automatiquement lors de l'utilisation du téléservice de déclaration des AAT ; elles constituent un élément de guidance des pratiques et de contrôle de cohérence de la durée des arrêts prescrits.

[135] 67 fiches repères ont été rédigées depuis 2010 (voir Graphique 14). Depuis 2016, l'approche de la CNAM a évolué, en collaboration avec les sociétés savantes, le collège de médecine générale et la HAS, vers la réalisation de mémos et référentiels plaçant l'arrêt de travail dans la prise en charge globale du patient.

- L'arrêt de travail durant la grossesse non compliquée (2018)
- La lombalgie commune « Comment orienter la prise en charge pluridisciplinaire et favoriser la reprise ou le maintien d'une activité professionnelle » (2018)
- Les arrêts de travail en lien avec des pathologies de santé mentale (engagé en 2021)

[136] Ces référentiels couvrent actuellement, selon l'assurance maladie, 60% des arrêts prescrits via le téléservice et 63% des jours prescrits.

Graphique 14 : Fiches repères d'aide à la prescription des AAT



Source : CNAM

[137] Dans sa feuille de route relative à la gestion du risque¹²², la CNAM prévoit d'élaborer de nouvelles fiches repères en ciblant d'abord des pathologies de santé mentale, puis ces mêmes motifs d'arrêt, dans une approche globale de parcours patients (prescription médicamenteuse, non-médicamenteuse, orientation vers la psychiatrie, IJ). Elle poursuivra les travaux en élaborant des mémos et des référentiels notamment sur les arrêts de travail liés aux tumeurs malignes du sein (cancer du sein) et du colon, accident vasculaire cérébral, selon un calendrier à confirmer. Un mémo sur les arrêts de travail en lien avec la pathologie mentale a été publié sur le site du Collège de Médecine Générale en juin 2021 ; des actions complémentaires de diffusion sont prévues d'ici la fin de l'année 2022.

[138] En complément des démarches qui seront engagées pour augmenter le recours au téléservice de transmission électronique des AAT, il est par ailleurs indispensable que la base de fiches repères soit rapidement enrichie afin de couvrir au minimum 80 % des arrêts prescrits.

[139] La mission note par ailleurs que la Cour des Comptes, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale d'octobre 2019¹²³, a recommandé (à la CNAM et la Haute Autorité de Santé) de « *mieux accompagner les médecins dans la prescription des arrêts de travail grâce à des durées indicatives d'arrêt pour l'ensemble des pathologies courantes, dont le dépassement devrait être motivé par le prescripteur et adapter le montant de la rémunération sur objectifs de santé publique versée aux médecins dont les prescriptions s'avèrent excessives.* »

[140] Par ailleurs, l'assurance maladie a conçu début 2022 un MOOC pour renforcer sa démarche pédagogique en la matière d'AAT. Il s'agit d'un projet de e-learning qui vise la pertinence et la qualité des pratiques professionnelles en matière d'AAT en favorisant l'adéquation de l'AAT aux besoins/situations des assurés pour une juste prescription des IJ. L'objectif est de faire évoluer les pratiques des médecins en leur proposant un accès facilité à un socle de connaissances sur les AT, d'appuyer les médecins dans la prescription des AT et dans l'information/l'orientation de leurs patients vers les dispositifs du maintien en emploi et les interlocuteurs appropriés.

[141] Le MOOC est un parcours sur 5 semaines avec 35 à 45 mn de contenu par semaine¹²⁴. Il comprend des cas pratiques pour favoriser une approche concrète des sujets ; une diversité des modalités d'apprentissage afin de susciter et de retenir l'attention (infographie, vidéos syllabus, interviews, vidéos scénario, motion design, quiz) ; un format web-série (deux personnages centraux, un médecin jeune et un médecin plus expérimenté qui échangent sur les problématiques de leurs patients) ; des interviews de médecins (généralistes, du travail et conseil) ou des professionnels de l'assurance maladie pour partager leurs bonnes pratiques ou faire un focus sur une thématique ; des fiches pratiques téléchargeables sur les sujets abordés ; des quiz qui permettront aux médecins de tester leurs connaissances.

[142] Une cible de deux fois 5000 inscrits (médecins généralistes et spécialistes libéraux, médecins salariés hospitaliers, médecins du travail et médecins conseil) est retenue, sous forme de 2 séances en 2022. Toutefois, à ce stade, 2103 médecins généralistes et spécialistes sont inscrits à la première session du MOOC, la cible n'est donc pas encore atteinte¹²⁵.

¹²² La gestion du risque relatif aux IJ est intégrée à la feuille de route élaborée dans la suite du séminaire relatif aux IJ organisé entre la DSS et la CNAM en janvier 2022.

¹²³ Chapitre III : « *les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie*

¹²⁴ Cinq thèmes sont étudiés : les fondamentaux ; troubles musculo-squelettiques et santé mentale ; pathologies courantes ; prévention de la désinsertion professionnelle quand la reprise est possible ; prévention de la désinsertion professionnelle quand la reprise est difficile ou impossible.

¹²⁵ Source : CNAM. PPT « Point d'étape feuille de route IJ. 19 juillet 2022 »

[143] La mission regarde cette nouvelle approche avec intérêt, elle paraît adaptée aux objectifs poursuivis et aux attentes des prescripteurs. Elle devra toutefois faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation régulière, à la fois quantitatifs (le nombre de cessions suivies) et qualitatifs. La mission considère par ailleurs que les objectifs quantitatifs pourraient être plus ambitieux au regard du nombre de praticiens à sensibiliser et de l'enjeu en cause.

5.1.1.2 Développer un accompagnement spécifique des praticiens nouvellement installés

[144] Dans l'esprit des actions engagées à l'attention des infirmiers libéraux nouvellement installés dans le cadre de la mission déléguée n° 24, la CNAM envisage d'engager des actions spécifiques à l'attention des médecins récemment installés, afin de les informer sur les bonnes pratiques de prescriptions, notamment d'AAT.

[145] Si la démarche est intéressante, son mode opératoire et son calendrier de mise en œuvre doivent encore être documentés par la CNAM, au travers notamment des ressources nécessaires à sa mise en œuvre (en complément de celles mobilisées pour l'accompagnement des infirmiers ainsi que potentiellement à compter de 2023 pour l'accompagnement d'autres professions - masseurs-kinésithérapeutes, transporteurs sanitaires ou pharmaciens, qui sont évoqués par la CNAM-). Il est peu probable par ailleurs qu'elle produise des effets significatifs s'agissant des prescriptions d'arrêt de travail dans la période couverte par la prochaine COG.

5.1.1.3 Fournir aux médecins des informations leur permettant de mieux analyser leur pratique en matière de prescriptions d'arrêt de travail, par rapport au profil de leur patientèle

[146] Les praticiens connaissent mal leur profil de prescription en matière d'arrêts de travail, par rapport au profil de leur patientèle. Le relevé individuel d'activité et de prescription (RIAP), qui est envoyé aux médecins libéraux conventionnés tous les trimestres, dresse le bilan des prescriptions du médecin, en les classant par catégorie, dont les IJ, avec une comparaison avec la moyenne de ses confrères de la région. Il est dès lors limité en matière d'IJ prescrites dans la mesure où il ne tient pas compte de la patientèle. Les praticiens en établissement ne disposent d'aucun retour individuel sur leur pratique de prescription.

[147] Les médecins ciblés par les délégués d'assurance maladie (DAM) sur une thématique IJ disposent d'une analyse plus détaillée de leur pratique individuelle de prescription grâce au « profil personnalisé des prescriptions d'arrêt de travail adressé tous les quatre mois (nombre de jours d'arrêt prescrits, prescrits par patient actif, par rapport à la patientèle active, par risque, par comparaison avec les confrères de la région...), mais il ne tient pas compte non plus du profil de la patientèle. Des profils « établissements » sont également établis pour les praticiens travaillant dans les hôpitaux publics. Ces profils leur sont communiqués uniquement lors de la visite du DAM.

5.1.1.4 Intégrer dans la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) un critère relatif aux prescriptions d'AAT

[148] La ROSP repose sur 29 indicateurs dont neuf sur l'efficacité. Ces derniers portent sur les prescriptions dans le répertoire, les biosimilaires, ainsi que sur l'efficacité des prescriptions.

[149] Des indicateurs ayant trait à la prescription des arrêts de travail pourraient être ajoutés aux indicateurs d'efficacité. Un indicateur présentant par spécialité la part des IJ prescrites conformément à la durée indicative des fiches repères serait pertinent.

5.1.2 Sensibiliser davantage les assurés

[150] L'assurance maladie mène des campagnes d'information généralistes auprès des assurés. S'agissant des règles d'indemnisation des arrêts de travail, l'information mise en ligne concernant les règles de gestion (ouverture des droits, montant de l'indemnité) est essentiellement limitée à des cas généraux, conduisant ainsi à une méconnaissance par les assurés de l'état de la réglementation.

Actions relatives aux indemnités journalières réalisables par l'assuré depuis son compte AMELI

1. Une information via 3 notifications (sans avis de dépôt) : réception de la prescription de repos, réception de l'attestation de salaires de l'employeur, traitement du back-office et paiement des indemnités journalières.
2. La visualisation du paiement des indemnités journalières.
3. Le téléchargement d'un PDF reprenant les informations du paiement.
4. Le téléchargement de l'attestation de paiement d'indemnités journalières.
5. L'historique des prescriptions de repos de l'assuré.
6. La possibilité de connaître les délais moyens de traitement de la Caisse de l'assuré (Mes Délais).
7. La possibilité de contacter sa Caisse par email sur le sujet « Indemnités journalières ».
8. La prise d'un rendez-vous dans un point d'accueil sur le sujet.
9. La mise à disposition d'un relevé fiscal si les indemnités journalières s'avèrent fiscalisables

[151] La caisse nationale a informé la mission qu'elle souhaitait revoir ses modalités d'intervention à l'égard des assurés, information et contrôle, sans pour autant en avoir à ce stade stabilisé la doctrine. Au regard des échanges que la mission a eus avec la caisse nationale et les interlocuteurs de terrain, elle recommande de :

5.2 Poursuivre les efforts engagés en vue de s'assurer d'une juste prescription des arrêts de travail par une politique de contrôle ciblée des médecins prescripteurs

5.2.1 Développer la complémentarité des compétences au sein du service médical pour renforcer sa capacité à agir en matière de contrôle

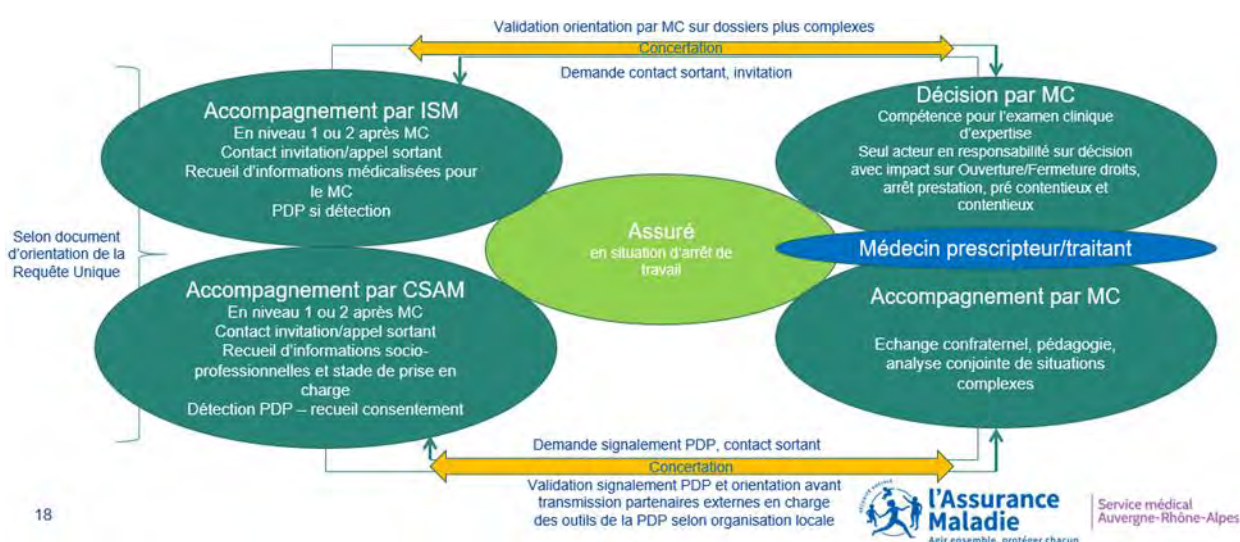
[152] Les difficultés de recrutement accrues de praticiens, médecins en particulier, au sein du service médical de l'assurance sont de nature à compromettre la capacité à agir de ce dernier, en particulier dans les territoires où les difficultés de recrutement sont les plus aiguës. Par exemple,

en région Grand-Est, 25 médecins conseil manquent dans les effectifs pour atteindre la cible de 135. En Haute-Marne, où la mission s’est rendue, l’échelon local du service médical ne dispose plus de médecin dans ses effectifs depuis 2019. Les missions sont assurées en relais par deux médecins conseil de la région, qui ciblent leurs actions sur les convocations des assurés bénéficiant d’arrêt de travail de longue durée. Dans ce contexte qui est général, les initiatives engagées en vue d’une meilleure articulation et complémentarité des compétences au sein du service médical, reposant en particulier sur l’affirmation de la fonction d’infirmier du service médical, doivent être soutenues et consolidées.

[153] Ainsi, depuis 2018-2019, afin de préserver la ressource de médecins conseils, d’améliorer l’efficacité en interne et de développer la relation de service aux assurés, les interventions du service médical sont été ciblées et adaptées à la durée de l’arrêt et à l’affection de l’assuré dans un cadre pluri professionnel, constitué de médecins conseil, d’infirmiers du service médical (ISM) et de conseillers services de l’assurance maladie (CSAM), au sein d’unités territoriales d’accompagnement et d’avis (UTAA).

[154] Le rôle des médecins conseil est repositionné sur les situations à plus forte valeur ajoutée médicale (analyse médicalisée des situations des assurés et des pratiques des médecins, examen médical des assurés), les ISM analysant le parcours de soins de l’assuré en amont de l’avis médical, et dans le cadre d’une délégation de tâches. Le technicien du service médical étudie et met à jour le dossier administratif de l’assuré. Le CSAM assure l’interface avec les partenaires autour du parcours médico-administratif de l’assuré, notamment dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle. Il intervient aussi auprès des professionnels de santé pour des actions de gestion du risque ou auprès des assurés en cas de signalement d’AAT par la requête unique, pour faire le point sur sa situation médico socio professionnelle. Tous les avis restent signés par les médecins.

Graphique 15 : Unités territoriales d’accompagnement et d’avis : répartition des rôles depuis le SMMOP et le recrutement des ISM/CSAM



Source : DRSM Auvergne Rhône-Alpes.

[155] Le double enjeu d’optimisation de la ressource médicale dans un contexte de raréfaction et de renforcement des contrôles suppose de renforcer ce type de démarches en particulier en déléguant plus de tâches aux ISM.

[156] La CNAM prévoit de refondre la lettre-réseau DDO 7/2020 relative aux contrôles impliquant l'action du service médical et de la CPAM, en priorisant le renforcement de la présence du service médical sur les arrêts de travail et de la synergie médico-administrative. La mission attire l'attention sur la nécessité de prévoir une optimisation de la ressource médicale par le développement des compétences des ISM ainsi qu'un suivi et une évaluation de ces nouvelles orientations.

5.2.2 Améliorer les outils mis à la disposition du service médical pour faciliter et mieux cibler les situations nécessitant un contrôle renforcé

[157] Le contrôle s'exerce depuis 2018 sur la base des résultats de la Requête Unique dite « RU », élaborée par la CNAM et utilisée par tous les échelons locaux du service médical. Cette requête est lancée chaque semaine. Elle est évolutive. Elle permet notamment le repérage :

- Des arrêts en cours, en fonction de leur durée (100 jours, 160 jours, 14 mois etc...), et des arrêts proches de ces échéances (susceptibles d'avoir à être contrôlés dans les semaines suivantes). Ces données permettent d'avoir une vision prospective de l'activité des UTAA.
- De groupes d'assurés dont les arrêts sont prescrits par un même prescripteur, ceci afin d'engager la cogestion des arrêts avec ces médecins prescripteurs, d'accélérer le traitement des dossiers, d'apporter une aide médico-technique dans des situations médico-administratives complexes.

[158] Elle inclut, à côté des 57 libellés de ciblage, des codes de contrôle.

[159] Selon les interlocuteurs des services médicaux que la mission a rencontrés, la requête unique présente l'avantage d'harmoniser les types de contrôle et les méthodes, d'anticiper les actions à mener et de procéder à des contrôles plus fins dès lors que les services disposent des moyens humains leur permettant. Après une phase d'appropriation, elle est considérée comme un bon outil.

[160] La requête unique constitue par ailleurs un outil utile pour permettre aux caisses de développer des démarches de suivi attentionné des assurés en arrêts de travail, dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle, mais également du suivi social des assurés les plus fragiles. Toutefois, à ce stade, seuls 41,5% des signalements de la requête unique sont traités par le service médical.

[161] Le développement de l'outil MATIS, qui permettra aux services médicaux de gérer leur activité et remplacera à ce titre l'outil HIPPOCRATE, permettra de traiter en flux les arrêts de travail tout en facilitant les ciblage.

6 Evaluation de la contribution potentielle de la mise en œuvre des recommandations du présent rapport à la trajectoire des effectifs de la prochaine COG

[162] Au regard de l'importance que représente la gestion des IJ pour l'assurance maladie, en matière de qualité de service comme en termes de collaborateurs mobilisés par le processus de gestion lui-même ou sollicités au titre des canaux de contact, la mission a considéré qu'il était

souhaitable d'accompagner les recommandations formulées d'une d'évaluation de leur impact potentiel en matière d'effectifs.

[163] Cette évaluation se révèle complexe, en raison notamment de la forte dérégulation du processus induite par la prise en charge des IJ dérogatoires depuis 2020, qui a mis les équipes sous très fortes contraintes jusqu'à une période encore récente, et de l'absence de données prospectives partagées avec l'assurance maladie (sur les prévisions d'évolution des flux d'IJ non dérogatoires pour la période 2023/2027, sur le ROI du projet ARPEGE TS ou de la mesure de subrogation obligatoire inscrite dans le PLFSS 2023 par exemple).

[164] La mission s'est donc attachée à concevoir une méthodologie permettant d'approcher, selon des hypothèses qu'elle expose, dans l'éventualité de la mise en œuvre des recommandations formulées, les gains d'effectifs susceptibles d'être dégagés d'ici au terme de la prochaine COG.

[165] Pour cela, la mission s'est attachée à traiter le sujet sous son angle structurel, celui de la gestion des IJ non dérogatoires, compte tenu du caractère à la fois extrêmement déstabilisant et contextuel du phénomène des IJ dérogatoires. Les IJ dérogatoires sont en effet directement liées à un évènement sanitaire exceptionnel, qui a fait l'objet de la délégation de moyens complémentaires non initialement inscrits dans la COG, qui, s'ils n'étaient pas initialement destinés à prendre en charge cette activité, ont pu y contribuer, en particulier au cours de l'année 2022. Si un tel évènement était amené à se reproduire au cours de la prochaine COG, il conviendrait que la tutelle envisage l'octroi de ressources supplémentaires nécessaires à la gestion de crise.

- Une évaluation du volume d'IJ à traiter en 2027 ;
- Une évaluation de l'impact, par nature et intensité, attendu de la mise en œuvre des mesures recommandées par la mission ;
- Une évaluation des gains d'effectifs susceptibles d'être dégagés à échéance de 2027, selon différentes hypothèses proposées.

6.1 Evaluation du volume d'IJ à traiter d'ici à 2027

[166] Afin de neutraliser l'effet de la crise sanitaire sur le volume des IJ traitées, la mission a pris le parti de calculer le trend d'évolution du volume d'IJ par nature, maladie, maternité/paternité/adoption et AT/MP, sur la dernière période quinquennale précédant la crise sanitaire (2014/2019). La mission a en effet retenu de ses échanges avec différents interlocuteurs de l'assurance maladie qu'une proportion difficilement évaluable des IJ non dérogatoires déclarées en 2020, 2021 et 2022 pouvait en fait être liées à la crise. Il est donc apparu nécessaire de ne pas prendre en compte les données de ces trois dernières années pour éviter tout risque de biais dans l'évaluation recherchée.

[167] Le taux d'évolution moyen du nombre d'IJ est calculé sur la période quinquennale par catégorie d'IJ puis au global (1,85%). En appliquant ce taux aux années 2020, 2021 et 2022, une première évaluation est posée, celle du volume d'IJ non dérogatoires susceptibles d'être traité en 2022, point de référence pour la prochaine COG. Une seconde évaluation est réalisée, par application de la même méthodologie, pour projeter le volume d'IJ non dérogatoires à traiter en 2027, terme de la prochaine COG.

Graphique 16 : Approche du volume d'IJ non dérogatoire à traiter en 2027

2016	2017	2018	2019	Evolution annuelle moyenne 14/19	Hypothèse volume IJ à traiter 2022 (Fil de l'eau taux moyen 14/19)	Hypothèse volume IJ à traiter 2027 (Fil de l'eau taux moyen 14/19)	Delta flux 2027 vs 2022
6 896 000	6 974 000	7 106 000	7 181 000	2,27%	7 680 241	8 590 625	910 384
963 000	947 000	933 000	922 000	-0,87%	898 243	860 000	- 38 243
1 029 000	1 051 000	1 065 000	1 089 000	1,64%	1 143 416	1 240 219	96 803
8 888 000	8 972 000	9 104 000	9 192 000	1,85%	9 721 900	10 690 844	968 944

Source : CNAM Préparation du séminaire CNAM DSS IJ du 21 janvier 2022 / Mission

6.2 Evaluation de l'impact, par nature et intensité, attendu de la mise en œuvre des mesures recommandées par la mission

[168] Les recommandations formulées par la mission portent essentiellement sur des aspects réglementaires et sur l'évolution des systèmes d'information susceptibles d'accélérer, de simplifier et de fluidifier la transmission et le traitement des informations nécessaires au calcul et à la liquidation des IJ.

[169] Elles peuvent avoir un effet sur :

- La qualité de service délivré aux assurés grâce au raccourcissement des délais de paiement susceptible d'en résulter ;
- L'efficacité dans la gestion des ressources mobilisées directement, agents affectés au processus de gestion lui-même (dématérialisation, simplification, automatisation, sécurisation automatiques de tâches) ou indirectement, agents sollicités au titre des canaux de contact (diminution du nombre de sollicitation en lien avec une diminution des délais de paiement et donc de l'insatisfaction et de l'attente des assurés).

[170] Les effets attendus diffèrent selon les mesures, la nature du bénéfice et de l'intensité espérée.

[171] Le tableau ci-après procède à une cotation de chaque mesure proposée selon l'impact attendu, positif ou négatif, limité, moyen ou fort, en y associant le facteur principal associé à chaque situation. Une corrélation directe existe par ailleurs entre l'impact qualité de service et les conséquences envisagées sur les canaux de service au regard de la proportion significative des sollicitations du front office (appels téléphoniques et courriers électroniques de niveau 1) liées à des demandes d'informations concernant le paiement d'IJ (25% en 2019)¹²⁶,

[172] Cette cartographie vise, en procédant au même examen d'impact pour chacune des recommandations formulées, à appréhender les effets envisageables et à éclairer l'évaluation des gains potentiels d'effectifs réalisée à l'étape suivante.

¹²⁶ Source CNAM

Tableau 8 : Cotation de l'impact attendu des recommandations

Mesures	Impact Qualité de service	Impact Efficience	
		Production	Canaux de contact
Dématérialisation et SI			
Généralisation dématérialisation transmission AAT	+ Réduction délai traitement	+ Diminution des itérations prescripteurs	+ Réduction délai traitement
Généralisation recours DSN évènementiel	++ Réduction délai traitement	++ Réduction des itérations employeurs	++ Réduction délai traitement
Respect des délais de transmission éléments de salaire employeur	+++ Réduction délai traitement	/	++ Réduction délai traitement
Généralisation subrogation	Assurés +++ Neutralisation de l'effet délai traitement	+ Facilitation de la gestion en limitant la relation aux seuls employeurs	+++ L'AM n'est plus l'interlocuteur premier en matière d'IJ
	Employeurs + (sous réserve de la tenue de l'engagement de service) Rationalisation des échanges		- Renforcement des ressources dédiées
Déploiement d'ARPEGE TS	+ / +++ ? Réduction délai traitement	+++ Rationalisation / automatisation du processus de gestion	+ / ++ ? Réduction délai traitement
Renforcer les échanges de données entre opérateurs (ACOSS, Pôle Emploi)	+++ (pour les travailleurs en situation complexe) Réduction délai traitement	+++ (pour les travailleurs en situation complexe) Réduction délai traitement	+++ (pour les travailleurs en situation complexe) Réduction délai traitement
Mesures de simplifications réglementaires			
Contribution à une fluidification générale du processus			
Mesures d'accompagnement des professionnels de santé et des assurés/contrôles			
Contribution à une fluidification générale du processus			

Source : Mission

6.3 Evaluation des gains d'effectifs susceptibles d'être dégagés à échéance de 2027

[173] En utilisant les éléments rassemblés aux deux précédentes étapes, un calcul de gains potentiel d'effectifs est réalisé de la manière suivante :

- Rappel des effectifs mobilisés en 2019 (terme de la période de calcul du tendancier) par le processus de gestion des IJ et le traitement des IJ par les canaux de contact (25% des agents affectés à la prise en charge des appels téléphoniques et des courriers électroniques de niveau 1) ;
- Calcul du ratio de d'IJ traités par an par ETP en 2019 ;
- Evaluation des effectifs théoriques requis pour prendre en charge le flux d'IJ en 2022 et en 2027 sans gains d'efficience (prise en compte du seul effet volume) ;
- Evaluation des effectifs théoriques requis à l'échéance de 2027 pour la prise en charge des flux, selon différentes hypothèses d'amélioration de l'efficience des processus :
 - Augmentation de la productivité de 15/20/25% ;
 - Réduction des sollicitations des canaux de contact de 20/30/40% ;
- Evaluation des gains d'effectifs potentiels en résultant, par rapport aux effectifs requis en 2022 (année de référence pour les calculs de la prochaine COG).

Graphique 17 : Evaluation des gains potentiels d'effectifs

	Effectifs de référence (en ETP) 2019	Ratio IJ/ ETP 2019	Effectif théorique requis pour flux 2022 (sans gains d'efficience)	Effectif théorique requis pour flux 2027 (sans gains d'efficience)	Effectif production requis pour flux 2027 avec amélioration de la productivité			Effectif canaux contact mobilisés pour flux 2027 avec réduction des sollicitations		
					Amélioration efficience processus + 15%	Amélioration efficience processus + 20%	Amélioration efficience processus + 25%	Réduction sollicitations 20%	Réduction sollicitations IJ 30%	Réduction sollicitations IJ 40%
Gestion IJ non dérogatoires	3 587	2562,60	3794	4 172	3 546	3 337	3 129			
Traitement des demandes IJ par les canaux de contact (25% en 2019)	977	9411,13	1033	1 136				909	795	682
				Gains effectifs potentiels	- 248	- 456	- 665	- 124	- 238	- 351

Source : *Mission*

[174] A défaut d'éléments plus exploitables, le raisonnement proposé permet de d'approcher, en fonction du nombre et de la nature des mesures recommandées qui seront mises en œuvre au cours de la prochaine COG, des ordres de grandeur de la contribution qui pourrait être attendue d'une rénovation profonde des modalités de gestion des IJ, en complément du bénéfice important qui en résulterait en matière d'amélioration de la qualité de service.

[175] Le scénario intermédiaire évalue un gain d'efficience potentiel de l'ordre de 650 à 700 ETP (production et canaux de contact) par rapport aux effectifs 2022 si les différentes recommandations étaient mises en œuvre.

[176] La mission tient à insister à cette égard sur le fait que les gains d'effectifs potentiels ne peuvent être considérés comme des objectifs à atteindre mais comme des bénéfices à retirer de la mise en œuvre des recommandations, en lien avec les cotations présentées à l'étape précédente. Le choix des hypothèses pour éclairer la contribution potentielle à la trajectoire des effectifs de la

prochaine COG doit être fait en cohérence avec le nombre et la date de mise en œuvre de ces recommandations d'ici à 2027.

[177] Elle recommande par ailleurs que la prochaine COG comprenne des actions et engagements ambitieux relatifs à l'amélioration de la gestion du processus IJ ainsi que des indicateurs de délais de paiement et à d'amélioration de la productivité du processus, cohérents en termes d'ambitions avec les actions et engagements retenus.

Conclusion :

[178] La mission insiste sur la nécessité de poursuivre activement les travaux engagés et de mobiliser sans délai, en prévision de la prochaine COG, l'ensemble des leviers identifiés, en tenant compte des différentes échéances qui vont se présenter sur la durée de la COG, afin que les mesures aient un impact effectif sur le traitement des IJ et sur la qualité de service aux assurés le plus rapidement possible, et au plus tard d'ici à la fin de l'année 2024.

ANNEXE 8 : Lutte contre la fraude

SOMMAIRE

1	LA CNAM A RENFORCE SON INTERVENTION EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE DURANT LA COG 2018-22, NOTAMMENT SOUS L'IMPULSION GOUVERNEMENTALE ET PARLEMENTAIRE.....	204
1.1	LA CNAM S'EST MISE EN SITUATION DE MIEUX STRUCTURER SON ACTION, S'INSCRIVANT DANS LES ORIENTATIONS DU PLAN D'ACTION MINISTERIEL DE LUTTE CONTRE LES FRAUDES SOCIALES 2021-22	204
1.1.1	<i>La réorganisation du dispositif interne de pilotage de lutte contre la fraude dans un objectif de renforcement de l'efficacité</i>	<i>204</i>
1.1.2	<i>Une programmation renforcée des actions dans le cadre de plans annuels de contrôle, complétés par des plans régionaux.....</i>	<i>205</i>
1.1.3	<i>Le développement des outils, dans le but d'améliorer l'efficacité de l'action, conformément à son engagement pris dans la COG</i>	<i>207</i>
1.1.4	<i>Elle a déployé un nouveau dispositif de formation plus diversifié à partir de 2019.....</i>	<i>211</i>
1.1.5	<i>L'initialisation récente de travaux d'estimation de la fraude</i>	<i>212</i>
1.2	LA CNAM PARTICIPE A LA DEMARCHE INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE PILOTEE PAR LA MISSION INTERMINISTERIELLE DE COORDINATION ANTI FRAUDES (MICAF) DEPUIS 2020	213
2	UNE ACTION FORTEMENT IMPACTEE PAR LA CRISE SANITAIRE DANS UN DOUBLE SENS, A LA BAISSSE ET A LA HAUSSE	215
2.1	UNE ACTIVITE SUSPENDUE AU DEBUT DE LA CRISE QUI A REPRIS PARTIELLEMENT A L'ISSUE DU PREMIER CONFINEMENT	215
2.1.1	<i>La suspension des activités sauf pour les cas de fraudes portant gravement atteinte à l'assurance maladie</i>	<i>215</i>
2.1.2	<i>L'affectation des agents sur des missions en lien avec la crise sanitaire</i>	<i>215</i>
2.1.3	<i>La reprise progressive et adaptée de l'activité compte-tenu de l'évolution de la situation sanitaire.....</i>	<i>215</i>
2.1.4	<i>Les cibles des indicateurs ont, dans ce contexte, été revues à la baisse</i>	<i>216</i>
2.2	LE DEVELOPPEMENT DE NOUVELLES FRAUDES LIEES AUX DISPOSITIFS MIS EN PLACE POUR FAIRE FACE A LA PANDEMIE A EU UN IMPACT SUR LA CHARGE DE TRAVAIL.....	216
2.2.1	<i>Des fraudes qui ont concerné l'activité des professionnels de santé</i>	<i>216</i>
2.2.2	<i>Des fraudes de la part des assurés</i>	<i>217</i>
3	UN BILAN D'ACTION SUR LA PERIODE DE LA COG PEU PROBANT MAIS POUR AUTANT PEU SIGNIFICATIF 217	
3.1	DES ENGAGEMENTS PARTIELLEMENT TENUS	217
3.2	UN BILAN A PLACER EN REGARD DU CONTEXTE DE CRISE SANITAIRE ET DES MOYENS LIMITES DE LA BRANCHE.....	219
3.2.1	<i>Des résultats d'indicateurs assez peu significatifs</i>	<i>219</i>
3.2.2	<i>Même si les moyens des caisses sont consolidés, ils restent limités</i>	<i>220</i>
4	LEVIERS POUR LA PROCHAINE COG	223
4.1	ACCROITRE LA PROFESSIONNALISATION DES SERVICES DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE	224
4.2	RENFORCER LES MOYENS D'ACTION A DISPOSITION DES SERVICES DE L'ASSURANCE MALADIE	225
4.3	OPTIMISER LES SYSTEMES D'INFORMATION RESTE LE LEVIER PRINCIPAL.....	226

4.3.1	<i>En interne à la branche</i>	226
4.3.2	<i>En partenariat</i>	226

Introduction

[1] La notion de lutte contre la fraude s'entend strictement comme l'ensemble des actions mises en place pour prévenir, détecter, interrompre et rectifier les irrégularités volontaires de tous ordres qui affectent l'attribution, le calcul ou le versement des prestations dans le sens d'un excès. Dans la pratique, la distinction entre irrégularités fautives et non fautives peut, dans certains cas, être difficile à opérer.

[2] La CNAM entend la lutte contre la fraude, de façon large, comme intégrée dans un ensemble d'actions graduées associant maîtrise médicalisée, accompagnement et contrôle. Cette stratégie d'action s'est renforcée avec le déploiement du programme de rénovation de la gestion du risque « Rénov'GDR », qui a conduit à l'intégration des actions de contrôles et de lutte contre la fraude dans une acception large de la « gestion du risque » : prévention, maîtrise médicalisée, contrôles et lutte contre la fraude.

[3] La fraude aux prestations sociales porte atteinte au principe de solidarité et à la légitimité des prélèvements sociaux. Lutter contre la fraude est un impératif d'efficacité économique et de juste dépense sociale. Le Conseil Constitutionnel lui a reconnu le caractère d'une exigence constitutionnelle¹²⁷.

[4] La fraude à l'assurance maladie est diversifiée tant sur le plan des acteurs (professionnels de santé libéraux, établissements de santé, assurés, employeurs) que sur le plan de ses modalités (facturations d'actes médicaux et paramédicaux, séjours en établissements de santé, prestations et bien de santé fictifs, fausses facturations...). En 2021, 47,55 % des fraudes concernent les offreurs de soins, 21,11% les établissements et 20,97% les assurés. Par ailleurs, la fraude se complexifie (fraude documentaire et à l'identité, utilisation des outils numériques...), ce qui rend difficile l'action de la CNAM compte-tenu de l'ampleur de son périmètre d'action.

[5] Les montants des préjudices frauduleux et fautifs subis et évités détectés, qui font l'objet de deux indicateurs suivis dans la COG, a été croissant au début de la COG, (261 M€ en 2018 et 287M€ en 2019), puis a baissé en 2020 (128 M€) compte-tenu de la crise sanitaire, l'activité ayant été d'abord majoritairement suspendue puis partiellement assurée. Le montant a à nouveau augmenté en 2021 (219,3 M€). Ces chiffres ne donnent toutefois d'une vision potentiellement sous-estimée et partielle au regard du montant total des prestations en cause, et dans la mesure où ils ne peuvent être rapportés à une estimation ex-ante de ladite fraude.

[6] Depuis 2018, première année de la COG, la lutte contre la fraude contribue aux économies réalisées au titre de l'ONDAM. Pour 2023, les économies attendues s'élèvent à 300 millions d'euros (soit 24,7 % des 1,213 Md€ d'économies attendues sur l'ONDAM¹²⁸).

¹²⁷ Décision n° 2010-622 DC du 28 décembre 2010. Le considérant concerné porte sur les dépenses.

¹²⁸ Source : Rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2023 » : « La politique de contrôle des prestations remboursées sera également renforcée permettant d'optimiser les processus de contrôles à tous les niveaux : détection optimisée, évaluation renforcée contrôles pédagogiques à visée préventive, contrôles a priori, contrôle a posteriori et lutte contre la fraude et abus : 1/ Poursuite pour les infirmiers libéraux et extension aux masseurs-kinésithérapeutes de la stratégie globale d'accompagnement et de contrôle à l'attention des professionnels libéraux en primo-installation (environ 10 millions d'euros) ; 2/ Analyse a posteriori de la facturation des professionnels via des outils de requêtages automatisés permettant de déclencher des actions contrôles ciblés ou de lutte contre la fraude mais également des campagnes d'accompagnement (impact évalué à 5 M€) ; 3/ Contrôles a priori avec la mise en place de contrôles embarqués sur les actes facturés par les professionnels de santé (environ 20 millions d'euros) ; 4/ Contrôles a posteriori sur le respect des règles de facturations des actes médicaux et paramédicaux (environ 20 millions d'euros) ; 5/ Programme annuel de lutte contre la fraude et les pratiques fautives et abusives pour un montant d'environ 200 millions d'euros. »

[7] La lettre de mission considère la lutte contre la fraude, qui fait l'objet d'un objectif dans le cadre de la COG (« Renforcer l'efficacité de la politique de contrôle et de la lutte contre la fraude ») comme un enjeu prioritaire pour lequel des pistes d'amélioration sont attendues. La présente annexe dédiée restitue les travaux conduits sur ce thème par la mission, et qui traitent de la problématique de lutte contre la fraude au sens strict d'irrégularités volontaires.

1 La CNAM a renforcé son intervention en matière de lutte contre la fraude durant la COG 2018-22, notamment sous l'impulsion gouvernementale et parlementaire.

1.1 La CNAM s'est mise en situation de mieux structurer son action, s'inscrivant dans les orientations du plan d'action ministériel de lutte contre les fraudes sociales 2021-22

1.1.1 La réorganisation du dispositif interne de pilotage de lutte contre la fraude dans un objectif de renforcement de l'efficacité

[8] En début de la COG 2018-22, le pilotage des actions de contrôle et de lutte contre la fraude était assuré par deux directions. D'une part, la Direction de l'Audit, du Contrôle-Contentieux et de la Répression des Fraudes (DACCRF) comprenait cinq départements métiers (département de l'audit général, département investigations établissements, département investigation ville et accès aux droits, département détection statistique et département du droit des contentieux) et deux départements de coordination de lutte contre la fraude (département efficacité et département accompagnement et professionnalisation). D'autre part, la Direction déléguée des finances et de la comptabilité (DDFC) comptait six départements en gestion directe, dont un département d'audit, dit de validation des comptes et un département en charge de la définition de la politique de contrôle interne comptable, dit de prévention, maîtrise des risques et réglementation financière. Ainsi, les deux directions avaient en charge des activités de contrôle et d'audit qui se complètent.

[9] Si le processus de rapprochement des deux directions est devenu opérationnel en 2022, il s'est dessiné à partir du lancement fin 2020 du programme de rénovation de la gestion du risque, Renov'GDR. Ce rapprochement fonctionnel a pour objectif de faciliter les synergies et la transversalité des compétences, d'optimiser les activités de contrôle et de lutte contre la fraude d'une part, d'audit d'autre part. Ainsi, la nouvelle direction déléguée de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude (DDAFF) comprend quatre services (et un département directement rattaché à la direction sur le droit des contentieux) : audit, système d'information, comptabilité et trésorerie et contrôle/lutte contre la fraude. Ce dernier service regroupe quant à lui sept départements : prévention, maîtrise des risques et réglementation financière ; investigations ville et accès aux droits ; investigation établissements ; détection statistique ; accompagnement et professionnalisation ; efficacité.

1.1.2 Une programmation renforcée des actions dans le cadre de plans annuels de contrôle, complétés par des plans régionaux

[10] . L'axe 11 de Rénov'GDR est dédié au « Contrôle et lutte contre les erreurs de facturation, les abus et la fraude » et co-piloté au niveau national par la DDFC et la DACCRF, tout en y associant les organismes du réseau, dans une perspective de synergie sur des sujets d'intérêt commun : évaluation des risques d'erreurs, d'abus et fraudes, évolution des dispositifs de prévention des risques et d'accompagnement des professionnels de santé, contrôle et de lutte contre la fraude.

[11] Comme inscrit dans la COG (engagement « Elaborer une stratégie nationale de contrôle », avec comme actions « Elaborer un prototype de plan de contrôle sur une catégorie de professionnels de santé et une catégorie de frais de santé » et « Généraliser la démarche de plans de contrôle sur les principales catégories de professionnels de santé et de prestations en espèces »), la caisse nationale décline son action à travers des plans annuels de contrôle contentieux et de répression des fraudes et des activités fautives, complétés, à partir de 2018, de plans régionaux construits sous l'égide des DCGDR et des services chargés de la lutte contre la fraude au sein des CPAM.

[12] La lettre-réseau LR-DACCRF-4/2018 relative au plan annuel de contrôle contentieux et de répression des fraudes et des activités fautives et abusives fait état d'une nouvelle stratégie d'élaboration des programmes nationaux à partir de huit orientations, dont : renforcer le choix des programmes nationaux à partir de l'analyse des bases de données et de la priorisation des risques à partir de différents critères¹²⁹ faisant l'objet d'une pondération (maximum pour le fort enjeu financier, minimum pour le critère d'accessibilité des données), consolider la cartographie des risques, mettre en place un outil de priorisation, affiner la planification des programmes en lien avec les actions de maîtrise médicalisée et les contrôles ciblés de l'agence comptable.

[13] Les organismes locaux ont vocation à être associés à l'élaboration des programmes nationaux, les résultats des programmes régionaux permettant d'alimenter la construction de programmes nationaux, dès lors qu'un même type de fraude est détecté dans plusieurs régions et peut s'exprimer dans d'autres.

[14] En outre, s'agissant de la planification, la lettre-réseau LR-DACCRF-4/2019 développe pour la première fois une programmation pluriannuelle du programme de contrôle jusqu'en 2020.

[15] Ce mode de déclinaison de ses actions de lutte contre la fraude traduit la volonté de la caisse nationale de mieux structurer son action. Dès lors, les programmes nationaux de contrôle contentieux sont structurés autour de thèmes de contrôle : obtention des droits, prestations en espèces, établissements, prestations en nature/frais de santé, établissements / soins de ville. Entre 2018 et 2021, 90 programmes de contrôle ont été lancés sur ces thématiques, majoritairement, comme le montre le tableau ci-dessous, sur les prestations en nature/frais de santé ainsi que les prestations en espèces, dès lors que les programmes de contrôle des établissements de santé ont été depuis 2020 suspendus ou très partiellement réalisés. Ces programmes sont ensuite déclinés au sein de chaque thématique (par exemple, contrôle contentieux sur la résidence des bénéficiaires de la PUMA, sur l'activité des transporteurs

¹²⁹ Les critères sont les suivants : domaine prioritaire, fort enjeu financier et/ou d'image, robustesse de la base juridique, étendue des pratiques concernées, intérêt d'une articulation avec d'autres actions, complexité des investigations à mener, accessibilité des données, gravité des griefs, résultats des contentieux antérieurs et/ou jurisprudence favorable, rapidité des voies d'action contentieuse. Chaque critère bénéficie d'un score de 10 points, celui relatif au fort enjeu financier et/ou d'image de 15 points et celui relatif à l'accessibilité d'un score de 5 points. L'ensemble des critères correspond à un total de 100 points.

sanitaires, s’agissant des indemnités journalières : cumul IJ/activité rémunérée, employeurs atypiques...). En outre, en 2021, ont été lancés des programmes de contrôle pour faire face aux risques nouveaux (internet, réseaux sociaux, fraudes au niveau interdépartemental, dans les DOM, en bande organisée).

Tableau 1 : Programmes annuels de contrôle contentieux lancés entre 2018 et 2021

	Thème de contrôle					Total par an
	Obtention des droits	Prestations en espèces	Etablissements de santé	Prestations en nature/Frais de santé	Etablissements de santé/soins de ville	
2018	2	5	5	10		22
2019	2	5	6	14	2	29
2020*	2	8	1	10		21
2021	2	6	1 (HAD)	9		18
Total par thème	8	24	13	43	2	90

Source : Mission, à partir des données des bilans annuels de la politique de lutte contre la fraude et les activités fautives établis par l’assurance maladie conformément à l’article L. 114-9 du code de la sécurité sociale. (*) En 2020, six programmes ont été suspendus et 3 n’ont été que partiellement réalisés.

[16] Les lettres-réseau suivantes, qui déclinent les plans annuels de contrôle, précisent la temporalité de chaque programme de contrôle : pérenne (par exemple, contrôle de résidence des bénéficiaires de la PUMA, cumul IJ et activité rémunérée, pratiques dangereuses de professionnels) ou périodique (employeurs atypiques, professionnels de santé méga-actifs, prescriptions et délivrance pour conduites dopantes, facturations multiples et chevauchement de facturation LPP). Les lettres-réseau prévoient aussi des travaux préparatoires en prévision de nouveaux plans de contrôle, à travers des formations et des adaptations des outils informatiques.

[17] Les programmes nationaux sont étroitement pilotés par la caisse nationale : celle-ci met à disposition des caisses locales les kits de requêtes (par exemple, pour le plan de contrôle de la résidence des bénéficiaires de la PUMA, cinq requêtes sont diffusées dont les requêtes multi-hébergeurs, parents de jeunes enfants de moins de six ans, assurés ayant des soins regroupés sur un mois.). La volumétrie des dossiers à investiguer pour chaque caisse, qui tient compte du nombre d’assurés sur critère de résidence, est transmise chaque année à chaque DCGDR chargée de coordonner le déploiement des programmes de contrôle.

[18] Le reporting des programmes nationaux s’effectue au fil de l’eau par l’outil de suivi OG3S (Outil de gestion des signalements et de leurs suites) : diffusé en 2012 et généralisé en 2013, il repose sur une base unique qui permet d’une part, le suivi mensuel des résultats de la mise en œuvre de chaque programme auquel est affecté un « code programme » puis la consolidation nationale annuelle sur cette base des objectifs CPG (préjudice subi et évité, partiellement taux de suites contentieuses) et, d’autre part, l’échange instantané d’informations entre les différentes caisses sur un dossier commun.

[19] En juin 2021 est diffusé un plan national bisannuel 2021-2022 de lutte contre la fraude, construit selon les orientations fixées dans le plan d’actions ministériel de lutte contre les fraudes sociales 2021-2022 piloté par la direction de la sécurité sociale. Il intègre également les nouvelles

fraudes liées à la crise sanitaire et suit les recommandations issues des rapports parlementaires relatifs à la lutte contre la fraude publiés à l'automne 2020¹³⁰. L'accent est mis sur l'évaluation de la fraude, le renforcement des échanges de données entre organismes, le déploiement de programmes nationaux à visée dissuasive sur les nouveaux droits ou nouvelles prestations et la mise en place de sanctions plus lourdes envers les fraudeurs. Il comprend quatre axes : évaluer la fraude, rénover la politique de contrôle des trafics de médicaments, poursuivre le programme national de contrôle de la filière visuelle, lutter contre le détournement du modèle des centres de santé en en contrôlant l'installation et le conventionnement.

[20] Ainsi, l'action de la branche maladie en matière de lutte contre la fraude et les activités fautives et abusives apparaît structurée à la fois en termes de thématiques traitées, de temporalité des actions (sur ce point la mise en place de plans bi-annuels semble une mesure adaptée à un type d'activité nécessitant souvent un temps relativement long d'investigation et de procédure), de stratégie opérationnelle (ciblage des actions, modalités d'investigation, suites contentieuses) et de pilotage par la caisse nationale.

[21] Pour autant, le nombre de contrôles à effectuer par les CPAM, les DCGDR et les échelons locaux du service médical sur une ou deux années (la lettre-réseau relative au plan de contrôle 2019 recense près de 30 contrôles regroupés dans les cinq thématiques susvisées) interroge sur l'efficacité de la programmation et la capacité des organismes locaux à faire au regard notamment des moyens humains et techniques dont ils disposent.

1.1.3 Le développement des outils, dans le but d'améliorer l'efficacité de l'action, conformément à son engagement pris dans la COG

1.1.3.1 La CNAM a élaboré un référentiel national de processus (RNP) et une cartographie des risques

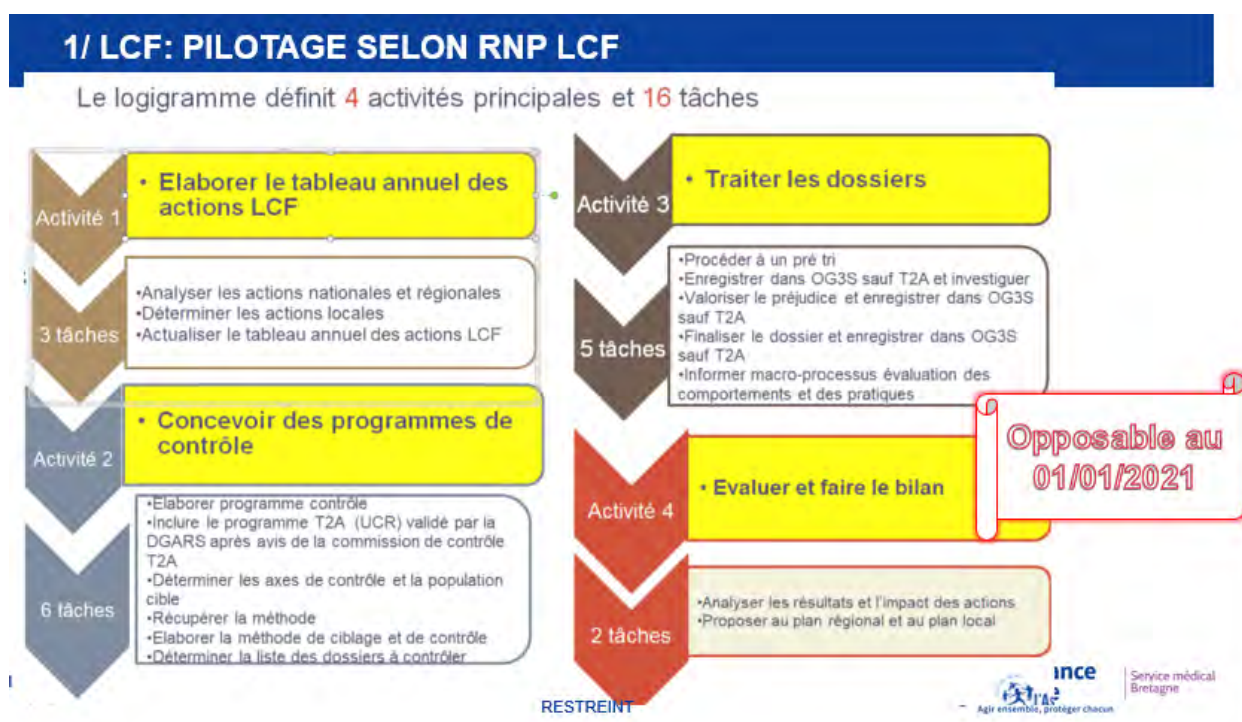
[22] Le RNP¹³¹ a été expérimenté en 2019 et rendu opposable en 2021, soit un an après la date initialement prévue compte-tenu de la crise sanitaire. Après une première version intégrant les phases de détection et d'investigation, les décisions ainsi que les suivis de nature contentieuse ont été intégrés en 2020 avant la diffusion du référentiel l'année suivante.

[23] Comme le présente le schéma ci-dessous, le référentiel se décline en quatre activités principales à mettre en œuvre de manière séquentielle. Ces activités sont associées à seize tâches par exemple ; déterminer les actions locales, déterminer les axes de contrôle et la population cible, analyser les résultats et l'impact des actions.

¹³⁰ Rapport fait au nom de la commission d'enquête relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 8 septembre 2020.

¹³¹ Les référentiels nationaux de processus sont des outils de pilotage de processus qui constituent l'ossature du système de management intégré (SMI). Ces RNP viennent compléter les anciens plans de maîtrise socle (PMS) – reposant principalement sur le contrôle de qualité des processus – par l'intégration de nouveaux indicateurs mesurant l'efficacité, l'efficience et indicateurs de couverture des compétences. Ces nouveaux référentiels, plus ambitieux, assurent une avancée dans le processus de détection et de maîtrise des risques dans la mesure où ils ont un champ élargi et coordonné (le RNP est unique pour l'ensemble des organismes), les méthodes d'analyse des risques sont renforcées, ils offrent une plus grande visibilité. Malgré le degré de détail de chaque RNP, nécessaire à la détection des risques, un logigramme permet de visualiser dans un schéma unique l'ensemble des opérations par processus. L'axe vertical décline le processus en activités (ensemble de tâches) et tâches, de façon chronologique ; l'axe horizontal répartit les tâches selon les organismes concernés.

Schéma 1 : Présentation des objectifs du RNP



Source : DRSM de Bretagne

[24] Cette démarche va dans le sens d'un renforcement des capacités d'analyse, d'une harmonisation des pratiques et donc d'une réduction des écarts de performance entre les organismes du réseau.

[25] En complément, l'étude des données de l'assurance maladie permet la réalisation de cartographies de risques relatifs aux tarifications, facturations et versements de prestations des acteurs de la santé. Elles sont utilisées pour l'élaboration des programmes de contrôle nationaux et s'articulent avec les travaux d'évaluation chiffrée de la fraude. Depuis 2018, huit cartographies des risques par type de prestations ou de professions ont été mises à disposition des caisses locales : en 2018, celles relatives à la CMUC/C2S ainsi qu'aux établissements de santé soumis à la T2A, en 2019 celles portant sur les infirmiers, les transporteurs et les IJ, puis en 2020 celles portant sur les masseurs kinésithérapeutes, les rentes invalidité, l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), en 2021 celles relatives aux Prestataires de Soins et de Dispositifs Médicaux (PSDM) et à la PUMA pour une diffusion au réseau en 2022. Les cartographies relatives aux EHPAD, SSIAD, rentes ATMP ont aussi été actualisées durant la période de la COG.

1.1.3.2 Les systèmes d'information facilitant la détection et l'investigation des fraudes déployés ou adaptés

- Les outils de détection : PROFILEUR, PSOI, GEpHI

[26] Conçu par la région Picardie en 2011 puis déployé nationalement en 2014, PROFILEUR permet de cibler des professionnels de santé présentant des pratiques atypiques suspectes de fraude à partir des données du RIAP (Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions) et à l'aide de modules permettant des sélections multicritères, des cartographies, des classements. L'outil intègre actuellement 24 professions ou spécialités (notamment infirmiers, masseurs-

kinésithérapeute, chirurgiens-dentistes, médecins généralistes, ophtalmologues, radiologues, cardiologues). L'outil permet également de traiter les signalements et d'être un appui aux investigations à partir de la consultation de la fiche profil du professionnel. Cet outil a évolué en 2019 pour permettre aux utilisateurs d'affiner les ciblage de profils atypiques et leur fournir de nouveaux formats de restitution. Il est dorénavant utilisé par l'ensemble des services fraudes du réseau.

[27] En outre, le système PSOI (Profil Statistique et Observatoire Individuel de la profession infirmiers) élaboré par la CPAM des Pyrénées-Orientales dans le cadre de la Mission Déléguée 24 (MD24) a été récemment déployé nationalement pour être notamment utilisé par le réseau dans le cadre des contrôles ciblés de la profession infirmiers en 2022 et de la nouvelle stratégie de contrôles gradués des professionnels de santé. Il permet, comme l'outil PROFILEUR, de réaliser des ciblage de professionnels en fonction de risques prédéfinis et de parcours de soins d'assurés. Selon les interlocuteurs rencontrés par la mission, il simplifie les analyses de données ainsi que la détection et la planification des actions de contrôle.

[28] Enfin, la caisse nationale est en cours de diffusion d'un outil open source d'analyse et de visualisation sous forme de graphiques (GEpHI). S'appuyant sur des algorithmes de détection de communautés, sur la thématique du médicament, il permet de mettre en exergue des groupes de médecins prescripteurs/pharmaciens fortement liés entre eux par leur patientèle commune et ainsi mettre en lumière de potentiels trafics en réseau. A ce jour, seules les caisses participant au groupe de travail Cnam/Réseau « Trafic de médicaments » ont été formées à cet outil. Un déploiement national est prévu pour le dernier trimestre 2022.

- Les outils d'investigation : OCEANIC, CACTUS et KARLE

[29] L'outil de contrôle et d'analyse des infirmiers ciblés Oceanic présente le profil du professionnel, son agenda, la liste de ses patients, la visualisation des prescriptions disponibles avec une comparaison des actes facturés, il alimente directement un tableau d'anomalies.

[30] Pour les investigations concernant les transporteurs sanitaires, l'outil de contrôle automatisé des caisses sur les transporteurs sanitaires (Cactus), permet le contrôle des kilomètres facturés et des horaires de transports à partir d'un distancier de référence et d'un distancier dérogatoire.

[31] En outre, pour les contrôles de la profession de masseur-kinésithérapeute, l'outil KARLE d'aide au contrôle d'activité des masseurs-kinésithérapeutes présente un profil automatisé par requêtes et permet de visualiser des prescriptions et de les comparer aux actes facturés.

[32] La CNAM prévoit Adagio, un nouvel outil permettant de regrouper différents outils actuellement utilisés pour les investigations des infirmiers, transporteurs et masseurs-kinésithérapeutes (donc en remplacement d'Oceanic, Cactus et Karle). Il sera diffusé au réseau d'ici la fin de l'année 2022.

[33] Le déploiement de ces outils décline l'engagement de la CNAM inscrit dans la COG visant à renforcer l'efficacité de la lutte contre la fraude par l'élargissement du périmètre des investigations en utilisant des nouveaux outils ou méthodes. Ces outils, même s'ils ne visent qu'un certain type d'activités et donc de fraude, offrent aux organismes locaux des moyens d'investigation et de détection plus nombreux. Les temps d'analyse et d'investigation de la part des équipes à partir de ces outils sont en revanche importants, surtout au regard du nombre de programmes de contrôle concernant les professionnels de santé déployés chaque année. Ils nécessitent aussi des compétences spécifiques.

- La branche a aussi accès, pour ses travaux de vérification (par exemple en préalable à l'ouverture de droits à la C2S) et d'investigation en cas de soupçon de fraude, à certaines données mises à disposition par d'autres administrations, telles que la direction générale des finances publiques (DGFIP)¹³², qui donne accès notamment aux organismes de sécurité sociale à FICOBA (qui permet l'accès aux comptes bancaires ouverts en France par les personnes physiques ou morales, dont les comptes épargne et les comptes de titres) et FICOVIE (qui donne accès aux contrats de capitalisation ou de placement, notamment les contrats d'assurance vie d'un montant supérieur ou égal à 7 500€). Elle a aussi accès aux données mises à disposition par le ministère de l'intérieur, telles que DOCVERIF (titres d'identité), VISABIO (données sur les visas délivrés), AGDREF (dossiers des ressortissantes étrangères en France).

1.1.3.3 La mobilisation des task force nationales en cas de fraudes à forts enjeux

[34] Ces task forces, dont les équipes comprennent à la fois des agents de la caisse nationale et des organismes locaux, sont mobilisées dans plusieurs cas de figure : détection de nouveaux modes opératoires de fraudes, de fraudes en bande organisée, lorsqu'une fraude se diffuse sur plusieurs régions et/ou rapidement, qu'elle présente des enjeux financiers majeurs, ou qu'il existe un besoin d'harmoniser voire de centraliser les actions contentieuses. Ces task forces peuvent aussi apporter un appui et un soutien à une ou plusieurs régions pour faire aboutir des plaintes pénales.

[35] Cette organisation présente plusieurs avantages : l'équipe peut intervenir en amont dès le repérage d'une suspicion de fraude majeure ou complexe, ce qui permet de gagner en anticipation et en réactivité. Elle se traduit également par une collaboration plus étroite avec les services de police/gendarmerie (notamment avec l'Office Central de Lutte Contre le Travail Illégal –OCLTI-) et de justice permettant plus d'efficacité, dans la mesure où les plaintes des CPAM (toutes régions confondues) sont alors centralisées auprès d'un même parquet. Enfin, la mise en place de task forces assure une coordination, une synchronisation et une accélération des actions de l'ensemble des CPAM à tous les stades d'avancement de la campagne de contrôle, qu'il s'agisse de mener les investigations de concert, selon les mêmes procédés et au même moment, ou qu'il s'agisse du choix et de la mise en œuvre des suites contentieuses. Ce mode d'organisation renforce les capacités d'action de l'assurance maladie dans le traitement de ces fraudes à enjeux.

[36] Une dizaine de task forces nationales (TFN) ont été déployées depuis 2018 sur différentes thématiques telles que les patients pris en charge en oncologie, la dialyse rénale, les soins à domicile de patients en fin de vie, les soins infirmiers et les centres de santé (ophtalmologiques et dentaires). Ces équipes ont par ailleurs été fortement mobilisées pendant la période de crise sanitaire du fait des fraudes aux attestations de vaccination, aux tests de dépistage. En outre, les TFN réalisent environ 4 à 5 soutiens techniques d'équipes locales par an.

[37] La mission note que cette organisation est différente de celle déployée par la CNAF, qui a organisé un service national de lutte contre la fraude à enjeux (SNLFE), constitué à partir de recrutements internes (contrôleurs chevronnés, gestionnaires conseil allocataire, gestionnaires maîtrise des risques), mais aussi de recrutements externes ayant des profils variés (policiers, gendarmes, militaires, membres de l'administration fiscale, agents des URSSAF). L'équipe est constituée de 30 contrôleurs, environ pour moitié interne et externe, répartis sur cinq CAF et qui

¹³² L'accès aux données de la DGFIP à des fins de lutte contre la fraude est encadré par l'article 6 de la loi n° 2018-898 du 23 octobre 2018 relative à la lutte contre la fraude.

ont vocation à intervenir sur l'ensemble du territoire. Le service a pour mission d'intervenir sur les cas de fraudes en réseau complexes, de tester et développer de nouveaux modes d'investigation et de traitement, de diligenter et d'effectuer les contrôles avec les partenaires institutionnels et externes, de conduire les contrôles sur place et sur pièces et de contribuer à la diffusion des modes opératoires auprès du réseau¹³³. Au regard de la création récente de ce service, il n'est pas possible d'en tirer des conclusions en termes d'efficacité dans la lutte contre la fraude. La mission note toutefois que le recrutement externe de profils spécialisés issus d'univers professionnels tels que la police ou la justice, ou bien d'univers professionnels sensibles à la problématique de la fraude (banque, services fiscaux) peut faciliter le travail d'investigation et la collaboration entre partenaires institutionnels.

1.1.4 Elle a déployé un nouveau dispositif de formation plus diversifié à partir de 2019

[38] Annoncé en 2018, le dispositif de formation national rénové a été déployé en 2019 afin de mieux prendre en compte notamment les évolutions du métier, d'optimiser les parcours de formation et de favoriser les travaux collaboratifs. La lettre-réseau LR-DACCRF 4/2019 relative à la présentation du plan annuel de contrôle contentieux et de lutte contre les fraudes et les activités fautives décrit le nouveau dispositif de formation qui s'articule autour de 3 niveaux : une formation socle (« La stratégie et les étapes du processus de lutte contre la fraude »), des formations métier (« Pilotage d'une structure de lutte contre la fraude », « Détection », « Investigation » et « Actions contentieuses ») ainsi que des formations avancées, sur un sujet spécifique et destinées à un public expérimenté ou ayant suivi les deux premiers niveaux de formation. Ces formations sont planifiées de manière pluriannuelle et diffusées par le biais d'un catalogue. Elles sont réalisées par des experts du réseau.

[39] L'offre de formation a été enrichie de formations interrégionales, associant agents des CPAM et des DRSM pour s'adapter aux besoins du réseau, à partir de la fin de l'année 2019.

[40] Des modules de e-learning thématiques (par exemple : les bonnes pratiques dans le cadre d'un entretien contradictoire, à destination des agents assermentés) ont été développés en collaboration avec l'UCANSS. Des webinaires régionaux (800 participants en 2021) et notamment thématiques (« Inform'flash LCF ») dans une perspective de mise à jour des connaissances sur un sujet précis (déconventionnement en urgence, calcul du préjudice évité...). Quatre ont été organisés en 2021 avec en moyenne 200 collaborateurs présents par séance.

[41] En 2018, avant la rénovation du programme interne de formation, 391 agents exerçant six types de métiers (investigateur administratif, enquêteur risque maladie, juriste, investigateur médical, agent de direction/responsable de la lutte contre la fraude) ont bénéficié au total de 16 modules de formation interne nationaux.

[42] S'agissant du nouveau dispositif de formation nationale, en 2019, 51 sessions ont été organisées au profit de 1258 participants, en 2020, 38 sessions pour 642 participants et en 2021, 57 sessions pour 911 agents.

[43] Sur le plan qualitatif, on peut constater une diversification des outils de formation en termes de contenu et de modalités d'organisation. Sur le plan quantitatif, et s'agissant uniquement des

¹³³ LR CNAF n° 2021-036 du 1^{er} juillet 2021 « Point d'étape sur la mise en place du service national de lutte contre la fraude à enjeux (SNLFE), les grands principes et orientations pour 2021 ».

formations nationales internes, les effectifs formés malgré une baisse pendant la crise sanitaire et la création récente de ce dispositif.

[44] Par ailleurs, des formations sont proposées par la mission interministérielle de coordination anti fraudes (MICAF). En revanche, peu d'agents de l'assurance maladie y participent : 72 participants de l'assurance maladie (caisse nationale et réseau ont été recensés en 2021 par les organismes de formation¹³⁴.

1.1.5 L'initialisation récente de travaux d'estimation de la fraude

[45] Un rapport de la Cour des Comptes relatif à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales en date de septembre 2020, met l'accent sur l'absence d'évaluation de la fraude par la branche maladie¹³⁵. Les travaux d'évaluation de la fraude à l'assurance maladie ont été engagés dans la suite de ce rapport, à la fin de l'année 2020, en application de la feuille de route sur la lutte contre la fraude sociale adressée le 9 décembre 2020 par les ministres du travail, de l'emploi et de l'insertion, des solidarités et de la santé, ainsi que du ministre délégué chargé des comptes publics au directeur de la sécurité sociale. Cette feuille de route fait de la cartographie de la lutte contre les fraudes sociales un axe de travail, le DSS étant chargé de solliciter des caisses nationales de sécurité sociale une estimation chiffrée et mise à jour de façon biannuelle des fraudes dont elles peuvent être victimes.

[46] La CNAM a d'abord réalisé un travail de comparaison des méthodes d'estimation de la fraude employées en France (par les autres branches du régime général et les autres régimes, Pôle Emploi, la CCMSA, l'INSEE) et en Europe (notamment en Allemagne et Angleterre) entre fin 2020 et le premier semestre 2021. Elle a fait le choix d'une estimation par type de prestations sur la base du calcul d'un taux de préjudice financier pour chacune d'entre elles, compte-tenu de la diversité des prestations versées, de la multitude d'acteurs, règles de facturation propres à chaque acteur. Les résultats des premières estimations relatives à la fraude de la part des bénéficiaires de la C2S et des infirmiers ont été communiqués à la fin de l'année 2021.

[47] S'agissant de la C2S¹³⁶, le montant du préjudice financier global est estimé entre 25 M€ et 176,5 M€ par an en fonction des méthodologies appliquées. Concernant la fraude sur les dépenses de soins infirmiers, la caisse nationale a estimé le taux de préjudice financier entre 5% et 6,9%, soit un montant de préjudices financiers estimé entre 286 M€ et 393 M€ par an, selon les méthodes statistiques employées¹³⁷.

[48] La CNAM a prévu de poursuivre ses travaux d'évaluation de la fraude d'ici la fin de l'année 2022 sur les indemnités journalières, les dépenses des masseurs-kinésithérapeutes, des

¹³⁴ Source : MICAF.

¹³⁵ « La lutte contre les fraudes aux prestations sociales. Des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable ». Communication à la commission des affaires sociales du Sénat. Cour des comptes. Septembre 2020

¹³⁶ L'évaluation de la fraude à la C2S a été réalisée à partir des données issues des contrôles conduits par les CPAM dans le cadre du programme national de contrôle-contentieux CMU-C / C2S par tirage aléatoire des dossiers (10 700 dossiers tirés aléatoirement en 2018 et 2019).

¹³⁷ L'évaluation de la fraude à la C2S a été effectuée à partir de 10700 dossiers tirés aléatoirement. Deux méthodes ont été appliquées, d'une part le pourcentage de dossiers pour lesquels les ressources réellement perçues sont supérieures à trois fois les plafonds ; d'autre part le pourcentage de dossiers pour lesquels les ressources réellement perçues dépassent les plafonds. Ils sont présentés respectivement comme un « périmètre fraudes » et un « périmètre préjudice financier », ce qui explique potentiellement les écarts. S'agissant de la fraude aux soins infirmiers, les travaux ont porté sur les résultats des actions de contrôle et de lutte contre la fraude mettant en exergue les préjudices financiers sur l'année 2018. Deux méthodes statistiques ont été utilisées : une méthode post stratification qui aboutit à un taux de préjudice financier de 5 % (286 M€) et une méthode économétrique qui aboutit à un taux de préjudice financier de 6,9% (393 M€)

pharmaciens et celles réalisées en établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en hospitalisation à domicile. Le calendrier des travaux pour l’année 2023 prévoit l’estimation de fraudes sur les dépenses de différentes professions et prestations (dix thèmes au total)¹³⁸.

[49]

[50] L’enjeu de cette estimation est fort en termes de crédibilité de l’action de l’assurance maladie dans la mesure où les montants de fraudes actuellement constatés pour la grande majorité des prestations ne donnent qu’une vision potentiellement sous-estimée et partielle au regard du montant total des prestations en cause, et dans la mesure où ils ne peuvent être rapportés à une estimation ex-ante de ladite fraude. La mission ne peut donc que recommander la poursuite des travaux d’estimation, en établissant un calendrier précis des types de prestations/professionnels investigués, à inscrire dans les engagements de la prochaine COG.

[51] La mission a pu constater lors de ses déplacements que cette restructuration récente de l’activité en matière de lutte contre la fraude par la caisse nationale est appréciée par les organismes du réseau, notamment s’agissant de la planification du travail, des stratégies d’investigation, des formations et des nouvelles méthodes de travail avec le réseau. Une évolution a aussi été soulignée en matière de performance des nouveaux outils mis à disposition et d’impulsion du travail partenarial.

1.2 La CNAM participe à la démarche interministérielle de lutte contre la fraude pilotée par la mission interministérielle de coordination anti fraudes (MICAF) depuis 2020

[52] En début COG, la CNAM contribuait à 2 axes du plan national de coordination de la lutte contre la fraude aux finances publiques 2016-2018 coordonné par la délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF) : optimiser la gestion de l’information grâce au numérique ; améliorer les techniques d’enquêtes, l’effectivité des sanctions et du recouvrement.

[53] La MICAF, qui a pris la suite de la DNLF en 2020, a une compétence, prévue dans les textes¹³⁹, de coordination et d’impulsion des partenariats interministériels¹⁴⁰, notamment par l’organisation de groupes opérationnels thématiques arbitrés au niveau interministériel. La CNAM participe aux groupes suivants :

¹³⁸ Au premier semestre 2023 : chirurgiens-dentistes, rentes AT-MP, PUMA. Au second semestre : médecins spécialistes, laboratoires, pensions d’invalidité, SSIAD, fournisseurs de dispositifs médicaux, T2A.

¹³⁹ Décret no 2020-872 du 15 juillet 2020 relatif à la coordination interministérielle en matière de lutte contre la fraude et à la création d’une mission interministérielle de coordination anti-fraude. Circulaire du Premier Ministre du 27 avril 2021 relative au nouveau dispositif interministériel de coordination en matière de lutte contre la fraude aux finances publiques.

¹⁴⁰ Office central de lutte contre les atteintes à l’environnement et à la santé publique –OCLAESP-, office central de lutte contre le travail illégal –OCLTI-, office central de lutte contre la grande répression financière –OCRGDF-, groupes interministériels de recherche –GIR, direction centrale de la police judiciaire –DCPJ-, direction centrale de la police aux frontières –DCPAF-, direction de la coopération internationale de sécurité –DCIS-, préfecture de police, direction des douanes, direction nationale des enquêtes fiscales –DNEF-.

- « Fraude documentaire et à l'identité » : ses travaux ont abouti à la signature, en décembre 2021, d'un protocole visant à renforcer les échanges d'informations en matière de lutte contre la fraude à l'identité et la fraude documentaire, entre la MICAF, le ministère de l'intérieur (direction générale des étrangers en France –DGEF-, direction générale de la police nationale –DGPN-, direction générale de la gendarmerie nationale –DGGN-) et les organismes de protection sociale (dont la CNAM). Le protocole prévoit la nature des informations échangées par les parties (par exemple les services de police transmettent les listes de faux documents d'identité, de voyages ou de titres de séjour interceptés ; les organismes de protection sociale communiquent chaque année à la MICAF un bilan chiffré et une analyse des fraudes à l'identité sur la base d'une typologie annexée au protocole. Le protocole prévoit aussi un accès par les organismes de protection sociale à différents systèmes d'information : DOCVERIF (application informatique de vérification des titres d'identité), JUSTIF'ADRESSE (pour le contrôle automatisé de la preuve du domicile) et 2D DOC (dispositif de sécurisation des documents). Le protocole prévoit également une offre de formation des agents des organismes de protection sociale à la fraude documentaire et à l'identité ;
- « Justice pénale et recouvrement des créances en matière de fraude aux finances publiques », qui vise à mieux faire partager et interroger les pratiques administratives et judiciaires en vue d'une utilisation plus efficace des voies de droit ;
- « Adaptation des moyens d'enquêtes aux enjeux du numérique » ;
- « Fraude à la résidence » : piloté par la DSS, il vise à mutualiser les échanges et les contrôles entre organismes de protection sociale pour établir une typologie des fraudes, un référentiel commun de contrôle et des coopérations avec le ministère de l'intérieur ;
- Des groupes de travail ponctuels sont également mis en place par la MICAF sur des thématiques d'actualité à forts enjeux, à l'instar des groupes de travail dédiés aux centres de santé, aux trafics de médicaments onéreux et aux fraudes à enjeux commises notamment par des moyens cyber.

[54] Ces travaux permettent à la CNAM de renforcer les partenariats nécessaires au partage d'information, d'outils et de données, d'accélérer et d'améliorer le traitement pénal des dossiers, notamment dans les affaires complexes, telles que les centres de santé déviants, dont le traitement judiciaire des contentieux particulièrement lourds a été facilité grâce aux contacts avec les offices centraux, et les parquets via la MICAF, permettant un traitement pénal centralisé.

[55] Cette organisation est déclinée au niveau territorial, dans le cadre des comités opérationnels départementaux anti-fraude (CODAF) auxquels les CPAM participent de droit. La mission a pu constater lors de ses déplacements une mobilisation variable des caisses à ces instances, souvent en fonction de la disponibilité des moyens dédiés à la lutte contre la fraude. En revanche, les travaux réalisés sont appréciés.

2 Une action fortement impactée par la crise sanitaire dans un double sens, à la baisse et à la hausse

2.1 Une activité suspendue au début de la crise qui a repris partiellement à l'issue du premier confinement

2.1.1 La suspension des activités sauf pour les cas de fraudes portant gravement atteinte à l'assurance maladie

[56] Les activités de lutte contre la fraude ont été suspendues au printemps 2020 à l'occasion du déclenchement du premier confinement, en dehors des cas de fraudes portant gravement atteinte à l'assurance maladie du fait du préjudice financier, de l'atteinte grave à l'image, de nouveaux modes opératoires de fraudes graves. En outre, la loi relative à l'état d'urgence sanitaire et l'ordonnance n° 2020-560 du 13 mai 2020 ont défini une période juridiquement protégée qui s'est achevée le 23 juin 2020. Celle-ci a eu pour conséquence un report ou une suspension de délais des décisions des organismes de sécurité sociale et notamment des procédures de pénalités financières. Certains programmes nationaux concernant les professionnels et les établissements de santé ont été annulés (campagnes de contrôle T2A 2020 et celle de mise sous objectifs ou accord préalable des médecins forts prescripteurs d'indemnités journalières).

[57] En outre, la facturation s'est opérée pendant cette période de manière « dégradée » : l'envoi des pièces justificatives par les professionnels de santé a été suspendu ; il a été demandé aux professionnels de santé de les conserver et de les mettre à disposition de l'assurance maladie dans le cadre d'opérations de contrôle, ce qui a potentiellement eu un impact sur les modalités de contrôle postérieures. Le contrôle de l'envoi des PJ a repris pour les flux télétransmis pour les flux postérieurs au 1er juillet 2020, l'envoi des feuilles de soins papier ne s'est fait qu'à partir de mai 2021.

2.1.2 L'affectation des agents sur des missions en lien avec la crise sanitaire

[58] Comme d'autres au sein du réseau, des agents exerçant habituellement des missions de la lutte contre la fraude ont été affectés (sur la base du volontariat) à la liquidation des indemnités journalières et, de manière plus ponctuelle, au contact tracing. En outre, durant la crise, ces agents ont été aussi amenés, au fur et à mesure de l'évolution de la crise, à traiter des activités en lien avec celle-ci, mais dans leur champ d'activité, du fait du développement de nouvelles fraudes (voir ci-dessous).

2.1.3 La reprise progressive et adaptée de l'activité compte-tenu de l'évolution de la situation sanitaire

[59] La lettre-réseau LR-DACCRF-3/2020 du 30 juin 2020 relative aux orientations pour la mise en place du plan de sortie du confinement des activités de lutte contre la fraude, des activités fautives et abusives a fixé les principes généraux de la reprise d'activité, qui ont fait l'objet encore d'ajustements en août puis en novembre 2020 : reprise des dossiers fraudes en cours, lancement des contrôles non engagés à partir de septembre 2020, à l'exception de la campagne T2A. nouveaux signalements et détection d'activités suspectes de fraudes ou de pratiques dangereuses. Par ailleurs, la diffusion du premier plan national bi-annuel de lutte contre la fraude, prévue en

mars 2020, a été suspendue. Les objectifs des plans de contrôle de la PUMA/CMUC-ACS ont été révisés. Les EHPAD et les services de HAD n'ont pas fait l'objet de notification d'indus dans le cadre des contrôles administratifs ; les caisses n'ont pas non plus procédé aux contrôles administratifs de facturation 2019.

[60] L'activité a globalement repris en 2021 avec certains reports en fin d'année, tels que le lancement du programme de mise sous objectifs ou accord préalable des médecins forts prescripteurs d'indemnités journalières (IJ) et l'annulation, pour la seconde année, de la campagne 2021 de contrôles des établissements soumis à la T2A¹⁴¹.

2.1.4 Les cibles des indicateurs ont, dans ce contexte, été revues à la baisse

[61] Compte-tenu de la suspension puis de la forte fluctuation de l'activité de lutte contre la fraude, de même que de l'affectation des agents à d'autres missions en lien avec la crise sanitaire, les objectifs des indicateurs de résultats prévus par la COG ont été adaptés. En 2020, la cible des indicateurs relatifs aux montants des préjudices subis et évités a été calculée globalement et ramenée à 115 M€ (au lieu respectivement de 202 et 127,7 M€). En 2021, les cibles de ces mêmes ont été ramenées respectivement de 203 à 143 M€ et de 62 à 47 M€.

2.2 Le développement de nouvelles fraudes liées aux dispositifs mis en place pour faire face à la pandémie a eu un impact sur la charge de travail

2.2.1 Des fraudes qui ont concerné l'activité des professionnels de santé

- Les fraudes aux tests antigéniques: il a pu s'agir soit de fraudes réalisées par une pharmacie d'officine (demande de remboursement indu d'achat de tests pour les professionnels de santé ou de réalisation de tests), soit par un groupe de pharmacie (démarchage de prescripteurs), soit par des prestataires de service se posant en intermédiaires entre les officines et les fournisseurs. A la fin du mois d'avril 2022, 362 pharmacies rattachées à 75 CPAM ont été ciblées pour investigation. vingt investigations achevées à date ont donné lieu à 13 plaintes pénales, quatre signalements au Procureur, trois saisines ordinales et deux signalements au conseil de l'ordre, deux procédures conventionnelles et six récupérations d'indus. Le préjudice est estimé à plus de 44 M€¹⁴² au niveau national.
- Les fraudes aux passes sanitaires ont par ailleurs occasionné une forte implication de l'assurance maladie, d'une part, pour analyser les bases de données et traiter les signalements en vue d'une alerte du Parquet et des ordres professionnels (239 actions ont ainsi été engagées) et, d'autre part, en contribuant aux enquêtes de police et de gendarmerie par le traitement des réquisitions reçues (645 réquisitions concernant plus de 51000 assurés, 371 professionnels de santé et 20 centres de vaccination dans 82 départements).¹⁴³ Le traitement de ces fraudes a nécessité la mise en place par la caisse nationale d'une cellule nationale de traitement des réquisitions aux fraudes aux passes sanitaires et de pilotage du déploiement des contrôles par les organismes locaux.

¹⁴¹ A la date de finalisation du rapport, ces contrôles n'ont toujours pas repris dans un contexte hospitalier qui demeure très tendu.

¹⁴² Source : DCGDR Ile de France.

¹⁴³ Source : CNAM. Présentation au conseil du 3 février 2022.

[62] Le traitement de ces fraudes a pu montrer l'intérêt d'une forte collaboration interministérielle : services de police et de gendarmerie sur l'ensemble du territoire, supervision par l'OCLAESP et la DCPJ, OCLTI, mais aussi la DGCCRF, la DNEF et la BRDA. La MICAF a en outre apporté un appui méthodologique en diffusant par le biais des CODAF des « focus », notamment sur les tests antigéniques précisant le type de fraude et les infractions pouvant être relevées et les modalités de coordination des acteurs au niveau national et local.

2.2.2 Des fraudes de la part des assurés

[63] La mise en place d'un dispositif dérogatoire d'indemnités journalières pour indemniser les arrêts d'activité liés à la crise sanitaire s'est traduite dans certains cas par des fraudes, d'autant que l'indemnisation reposait sur un mode déclaratif de la part de l'assuré via un téléservice justifié par le volume des arrêts en cause et la nécessité d'une prise en charge rapide. Trois principaux types de fraudes ont été détectés et ont nécessité des contrôles de la part des services, alourdissant leur charge de travail :

- Le cumul d'IJ pour garde d'enfant sur des périodes communes à deux assurés concernant un même ayant droit ;
- Le cumul entre des IJ « garde d'enfant » et une indemnité de chômage partiel ;
- Le cumul entre des IJ « cas contact » et une indemnité de chômage partiel : les contrôles ont été organisés en lien avec le ministère chargé du travail (DGT et localement les DREETS).

3 Un bilan d'action sur la période de la COG peu probant mais pour autant peu significatif

3.1 Des engagements partiellement tenus

[64] La lutte contre la fraude fait partie de l'axe deux de la COG « Contribuer à la transformation et à l'efficience du système de santé » autour de deux axes opérationnels « Elaborer une stratégie globale de contrôle » et « Renforcer l'efficacité de la lutte contre la fraude » associés à 12 actions et à neuf indicateurs de résultat, qui sont recensés dans le tableau ci-dessous.

[65] S'agissant des actions, les développements précédents ont montré la structuration de son action par la CNAM en termes de stratégie et de méthodologie de contrôle :

- L'élaboration et le déploiement de la démarche de plans de contrôle, à partir de 2018 pour les infirmiers et les indemnités journalières ;
- La mesure du risque financier ;
- La finalisation du déploiement du plan de contrôle de la PUMA à la fin de l'année 2018, avec un premier bilan disponible en avril 2019.

[66] Les développements précédents ont aussi mis en évidence, en termes de renforcement de la stratégie de lutte contre la fraude :

- Le déploiement de programmes nationaux de contrôle, notamment en s'appuyant sur des nouveaux outils –data mining- (notamment) pour le contrôle de la CMUC, des dispositifs médicaux, des médicaments), et de programmes de contrôle à visée dissuasive (centres de santé dentaires nouvellement installés, pratiques de facturation des dialyses rénales, centres de santé ophtalmologiques)
- L'élaboration du RNP et des cartographies des risques ;
- Le renforcement de la communication externe par la diffusion du bilan annuel de la politique de lutte contre la fraude et les activités fautives, conformément aux dispositions de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale¹⁴⁴ ;
- Le renforcement des relations avec les services de police et de justice, ainsi qu'avec les CODAF, en particulier durant la crise sanitaire ;
- La diffusion au réseau de bonnes pratiques en matière de gestion des actions contentieuses : la lettre-réseau LR-DDAFF du 9 mars 2022 relative au programme national de contrôle contentieux des transporteurs précise les modalités de calcul du préjudice ainsi que les suites contentieuses qui en découlent.

[67] Ces actions dénotent une volonté manifeste de mieux organiser et outiller la politique de lutte contre la fraude. Pour autant, l'atteinte des cibles des indicateurs reste partielle. Ainsi, les cibles des montants des préjudices frauduleux et fautifs subis et évités sont atteintes sur la durée de la COG et sont globalement en hausse (voir graphique ci-dessous). Il en est de même du taux de recouvrement des indus non frauduleux. En revanche, les cibles du taux de recouvrement des indus frauduleux ne sont pas atteintes pour les années 2020 et 2021. De même, le taux de couverture des contrôles PUMA pour les bénéficiaires consommateurs est légèrement en deçà de la cible pour chacune des années de la COG. S'agissant des taux d'incidence financière des erreurs (TIP)/taux de fiabilité des prestations, les cibles ne sont que très partiellement atteintes : pour les prestations en nature, la cible n'est atteinte que la première année de la COG et pour les prestations en espèces, la cible n'est atteinte qu'en 2020 et 2021.

¹⁴⁴ Article L. 114-9 3^{ème} alinéa : « Les organismes nationaux des différents régimes conçoivent et mettent en place un programme de contrôle et de lutte contre la fraude adossé au plan de contrôle interne prévu à l'article L. 114-8-1 ; ils suivent les opérations réalisées à ce titre par les organismes mentionnés au premier alinéa du présent article. Ils en établissent annuellement une synthèse qui est transmise au ministre chargé de la sécurité sociale. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en définit le contenu et le calendrier d'élaboration. »

Graphique 1 : Montant des fraudes et activités fautives détectées entre 2014 et 2021

Montant des fraudes et activités fautives détectées et stoppées par année (en M€)



Détail résultats provisoires 2021 :

- Préjudice subi : 151 M€ pour un objectif révisé à hauteur de 143 M€
- Préjudice évité : 65 M€ pour un objectif révisé de 47 M€



Source : CNAM

3.2 Un bilan à placer en regard du contexte de crise sanitaire et des moyens limités de la branche

3.2.1 Des résultats d'indicateurs assez peu significatifs

[68] Ainsi, la croissance des montants des préjudices frauduleux et fautifs subis et évités, dans le respect des cibles des indicateurs, peut interroger sur l'exigence de la cible fixée. Le rapprochement des montants des préjudices détectés du montant total des prestations en cause, même s'il ne donne qu'une appréciation partielle du sujet, peut laisser penser que les montants sont sous-estimés. En outre, et comme le souligne la Cour des Comptes dans son rapport susmentionné relatif à la fraude sociale, les montants des préjudices ne donnent qu'une vision partielle du phénomène de fraude dans la mesure où il ne peut être rapporté à une estimation exacte de ladite fraude.

[69] En outre, et comme le mentionne aussi la Cour des Comptes, l'augmentation des montants de préjudice détectés ne s'accompagne pas d'un accroissement parallèle des taux de recouvrement des indus et les erreurs non détectées restent importantes au regard des taux d'incidence financière sur les prestations en nature et en espèces (elles représentent pour les prestations en espèces pour 2020 et 2021 respectivement un montant de 259 et de 406 M€).

[70] Par ailleurs, comme décrit ci-dessus, la crise a fortement impacté l'activité de lutte contre la fraude, du fait d'une part de l'arrêt des contrôles T2A, d'autant que ces contrôles ont été suspendus en début de COG par le moratoire 2018-2019 sur les contrôles de tarification à l'activité (T2A) des établissements MCO pour les hospitalisations de jour en médecine qui impacte le résultat 2018 (-17,1 M€ par rapport à 2017). Enfin, la durée des procédures peut avoir un impact sur la récupération des indus dans la période de la COG.

[71]

la COG : de 2,1% en 2018, il a légèrement augmenté en 2019 avant de connaître une baisse en 2020, liée probablement à l'affectation d'une partie des effectifs sur des activités liées à la crise sanitaire, puis de remonter à nouveau pour atteindre 1,8% en 2022.

Tableau 3 : Evolution des effectifs du processus lutte contre la fraude en CPAM entre 2018 et 2022

ETPR cumulés 2018	Part dans l'ensemble des processus 2018	ETPR cumulés 2019	Part dans l'ensemble des processus 2019	ETPR cumulés Décembre-20	Part dans l'ensemble des processus 2020	ETPR cumulés Décembre-21	Part dans l'ensemble des processus 2021	ETPR cumulés 2022	Part dans l'ensemble des processus 2022	Evolution entre 2018 - 2019	Evolution entre 2019 - 2020	Evolution entre 2020 - 2021	Evolution entre 2021 - 2022	Evolution entre 2018 - 2022
1051,49	2,1%	1069,09	2,2%	818,33	1,6%	909,72	1,7%	926,82	1,8%	101,7%	76,5%	111,2%	101,9%	88,1%

Source : Mission, à partir des données CNAM.

[73] Traduit en ETP, cela donne les évolutions suivantes : les effectifs consacrés à la lutte contre la fraude affichent une quasi stabilité (de 937 à 909 ETP (-3%) entre 2017 et 2021) décomposée en deux périodes distinctes : un renforcement initial des effectifs entre 2017 et 2019 (+ 132 ETP, 14%) avant une baisse pendant la période de la crise (-160 ETP, -15% de 2019 à 2021).

[74] Cependant, au niveau de chaque caisse, les effectifs peuvent être limités à quelques agents, alors même que les investigations et les contrôles sur place nécessitent un temps agent important, surtout dans un contexte de complexification des types de fraude.

[75] Sur le plan des profils, les agents concernés peuvent être statisticiens, requêteurs, investigateurs administratifs, agents agréés assermentés ou juristes. Malgré tout, compte-tenu de l'évolution des types de fraude, de même que des techniques d'investigation, certains profils font défaut, notamment des agents sachant utiliser les systèmes de data mining. Le renforcement et la diversification de son offre de formation par la caisse nationale, comme précédemment montré, ne s'avère pas suffisant pour disposer des profils adéquats et immédiatement compétents. Certaines caisses ont par ailleurs du mal à être suffisamment attractives pour recruter puis fidéliser ces ressources « rares », sur un marché du travail très tendu.

[76] En complément, l'attribution de prérogatives de police judiciaire aux agents des services de lutte contre la fraude faciliterait, par les formations associées à ces missions et les collaborations plus nombreuses avec l'autorité judiciaire qu'elle induit, l'appropriation et le développement de la réponse pénale par les agents des organismes de sécurité sociale. Elle pourrait aussi rendre plus attractifs les postes proposés par le réseau assurance maladie. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, en prévoyant d'attribuer des prérogatives de police judiciaire, notamment de cyber enquête, aux organismes de protection sociale, va dans ce sens.

3.2.2.2 Les limites des systèmes d'information

- Les outils internes s'avèrent, selon les interlocuteurs rencontrés par la mission, présenter certaines limites.

[77] En premier lieu, les bases de données nationales et locales étant différentes, la caisse nationale rencontre des difficultés à concevoir des requêtes clés en main pour les organismes du réseau.

[78] Par ailleurs, l'antériorité des données utilisées dans le système informationnel ERASME est limitée à 2 ans et le trimestre en cours, ce qui est plus court que la prescription en matière de

fraude (cinq ans). Il est prévu de mettre en place une nouvelle base de données pour mettre fin à cette discordance, d'abord pour les indemnités journalières. Le calendrier de déploiement de ce projet n'est pas connu de la mission.

[79] Concernant l'outil OG3S, l'accès par les échelons national et régionaux au détail des dossiers traités par les organismes locaux est à l'heure actuelle restreinte à celles nécessaires aux analyses statistiques (anonymisation des dossiers, pas d'antériorité des dossiers contrôlés pour lesquels aucune fraude ou faute n'a été détectée...). Le pilotage plus fin et la coordination d'un certain nombre de contentieux et d'actions de contrôle se trouvent obérés par cette limitation. Les marges existantes dans les règlementations applicables à la gestion des données en matière de fraude devront être explorées pour lever ces freins.

- En outre, les partages d'information entre administrations d'une part, branches et régimes, d'autre part sont encore sous-utilisés.

[80] Le rapport IGAS-IGF relatif aux enjeux d'intérêt commun aux branches du régime général¹⁴⁵ a constaté les efforts déployés ces dernières années dans la construction et l'usage de systèmes d'information transverses et partagés : Système national de gestion des identifiants (SNGI), DSN, Dispositif de ressources mutualisées (DRM), Répertoire de gestion des carrières unique (RGCU), RNCPS, PNDS. La mission considérait toutefois, « *dans le sillage de plusieurs rapports récents des inspections générales, qu'il subsiste une sous-potentialisation dans l'usage ou le périmètre de ces outils* », qui au-delà de l'enjeu de rationalisation de la gestion des développements de SI et de facilitation de la relation aux usagers, ont un intérêt important pour éviter la fraude (permettant la récupération directe de données des assurés) ou la détecter (pour vérifier, par exemple avec le RNCPS, la véracité des informations transmises par l'utilisateur avant l'ouverture d'un droit).

- Le plan d'actions interministériel de lutte contre les fraudes sociales 2021-2022 prévoit de renforcer la démarche d'échanges de données entre organismes sociaux et avec d'autres partenaires (services fiscaux, Ministère de l'intérieur...) encore considérés comme insuffisants.

[81] Cela porte en particulier sur les processus suivants : immatriculation et identification, contrôle de l'existence et certifications des droits, contrôle de la condition de résidence, contrôle des conditions de ressources. Par ailleurs, le protocole visant à améliorer les échanges d'informations entre le ministère de l'intérieur et les organismes de protection sociale, en matière de lutte contre la fraude documentaire et à l'identité a été signé le 1er décembre 2021 par le directeur général de la Cnam. Il propose aux organismes de protection sociale une offre d'outils techniques et numériques de détection. Toutefois, les organismes sociaux n'ont pas accès ou n'exploitent pas certaines données détenues par des administrations de l'État pour contrôler la stabilité de la résidence en France (registre des Français établis à l'étranger, bases élèves) ou le caractère irrégulier du séjour (visas de court séjour pour le contrôle de l'aide médicale de l'État, dont l'attribution est conditionnée par ce caractère irrégulier).

[82] Le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2023 contient une disposition visant à autoriser les greffiers des tribunaux de commerce, qui peuvent disposer de renseignements utiles à la lutte contre le travail illégal et la fraude aux prestations sociales, à communiquer ceux-ci aux acteurs de la lutte contre la fraude aux cotisations et aux prestations. Si cette disposition est adoptée, elle viendra compléter les informations à disposition des caisses d'assurance maladie par

¹⁴⁵ Rapport IGAS N°2021-042R et IGF N°2021-M-022-02 « Les enjeux d'intérêt commun aux branches du régime général de la sécurité sociale »

des tiers dans le champ de la connaissance des sociétés pour déceler les fraudes, par exemple aux indemnités journalières ou aux accidents du travail.

3.2.2.3 Des sanctions à la portée limitée

[83] Les interlocuteurs que la mission a rencontrés lors de ses déplacements ont mis en avant la faible portée de la sanction pénale notamment vis-à-vis d'assurés ayant utilisé de faux arrêts de travail pour bénéficier d'indemnités journalières : peu d'assurés seraient poursuivis et feraient le plus souvent l'objet d'un simple rappel à la loi. Des constats équivalents sont faits concernant les procédures engagées vis-à-vis de professionnels de santé dont l'activité se poursuit pendant des mois, souvent des années avant qu'un jugement ne soit prononcé. Par ailleurs, la procédure pénale est souvent longue, ce qui peut dissuader les organismes de sécurité sociale de s'engager dans une telle voie.

[84] C'est pourquoi les directeurs de caisse privilégieraient les sanctions administratives (avertissements et pénalités financières) pour leur effet dissuasif et immédiat (procédure se déroulant dans un délai de six mois maximum, relevant des directeurs des caisses primaires) alors même que cette stratégie peut créer une certaine forme d'impunité. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 prévoit de rehausser le barème des pénalités applicables en cas de fraude à l'assurance maladie¹⁴⁶ pour renforcer et adapter les sanctions aux fraudes et augmenter le caractère dissuasif de la sanction financière.

[85] Par ailleurs, s'agissant de la procédure de transaction, qui permet de mettre fin rapidement à un litige lié notamment à des situations fautives (application de la nomenclature, facturations d'un professionnel de santé), les interlocuteurs que la mission a rencontrés considèrent qu'elle ne sécurise pas suffisamment les directeurs de caisse dans la mesure où elle n'est pas explicitement prévue par le code de la sécurité sociale dans les compétences des directeurs, à la différence du directeur général de la caisse nationale, en particulier au regard d'une récente jurisprudence¹⁴⁷.

4 Leviers pour la prochaine COG

[86] Les démarches engagées par l'assurance maladie au cours de la COG pour mieux structurer et organiser ses actions de lutte contre la fraude sont positives. Pourtant, si elles sont de nature à en renforcer l'efficacité, elles ne seront probablement pas suffisantes pour les années à venir.

[87] Dans son rapport mentionné ci-dessus sur la fraude aux prestations sociales, la Cour des Comptes, tout en reconnaissant les avancées des organismes de sécurité sociale, recommande un « changement d'échelle » en matière de lutte contre la fraude. Elle met l'accent en particulier sur trois axes :

¹⁴⁶ L'article prévoit un rehaussement des plafonds à hauteur de 300% du préjudice financier ou huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) à défaut de sommes clairement déterminables et jusqu'à 400% du préjudice financier ou 16 PMSS en cas de fraude en bande organisée.

¹⁴⁷ Par arrêt du 27 avril 2021, la Cour d'appel de Lyon (désignée comme Cour d'appel de renvoi suite à cassation) a prononcé la nullité d'une transaction conclue entre une CPAM et un établissement HAD en jugeant qu'un directeur d'une CPAM ne peut pas transiger en l'absence de texte législatif ou réglementaire l'y autorisant, de sorte que la transaction conclue est nulle.

- Tarir les possibilités systémiques de fraude en particulier en circonscrivant les usurpations d'identité, en fiabilisant les salaires, les ressources et les situations professionnelles et en gérant de manière plus rigoureuse les droits et les facturations de frais de santé à l'assurance maladie ;
- Renforcer l'effort de détection des fraudes difficiles à appréhender ;
- Sanctionner plus efficacement les fraudes.

[88] Au regard de l'ampleur du champ à contrôler, de la complexification des techniques de fraude et aussi de l'évolution de la trajectoire des moyens dans les années à venir, la mission recommande que les moyens dont dispose l'assurance maladie pour lutter contre la fraude soient renforcés dans trois dimensions : la professionnalisation de la fonction, les moyens juridiques à disposition et les systèmes d'information. Devra être prise en compte une forme de « retour sur investissement » considérant d'une part les charges nouvelles et, d'autre part, les détections de préjudices supplémentaires apportées par les moyens nouveaux.

4.1 Accroître la professionnalisation des services de lutte contre la fraude

[89] La mission recommande que l'assurance maladie renforce les efforts engagés en ce sens en s'appuyant sur deux types d'actions complémentaires, concernant les collaborateurs actuellement en poste d'une part, et les futurs recrutements d'autre part.

[90] S'agissant des collaborateurs en postes, le renforcement des formations continues, internes et externes, pour adapter les profils aux nouveaux besoins de compétence en matière de lutte contre la fraude et favoriser l'appropriation de la réponse pénale par les organismes d'assurance maladie doit être poursuivi, en lien avec l'évolution des prérogatives susceptibles d'être reconnues aux collaborateurs des services de lutte contre la fraude (cf. disposition relative à l'attribution de prérogatives de police judiciaire inscrite dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023).

[91] Des échanges temporaires de fonctionnaires entre les services de lutte contre la fraude de l'assurance maladie et des directions ou services spécialisés relevant notamment des ministères de l'intérieur, de la justice ou de l'économie pourraient en outre être envisagés. Organisés pour une durée limitée, quelques mois a priori mais à définir entre les services concernés en fonction de leurs spécificités de fonctionnement, ces échanges présentent plusieurs avantages : ils préserveraient l'équilibre des ressources humaines des deux partenaires ; ils permettraient aux agents de l'assurance maladie y participant de renforcer leurs compétences en situation au sein de services hautement spécialisés dans la lutte contre la fraude ; ils renforceraient la connaissance de la branche maladie et de la spécificité des risques de fraudes associés pour les agents extérieurs accueillis dans un service de l'assurance maladie ; enfin, au-delà des agents participant aux échanges, les agents d'un service d'accueil profiteraient de la présence d'un collègue expert au sein de leur équipe pendant la durée de l'échange.

[92] S'agissant des futurs collaborateurs que l'assurance maladie sera appelé à recruter au cours des prochaines années, il sera utile que l'assurance maladie se tienne informée de l'évaluation faite par la CNAF de son service national de lutte contre la fraude à enjeux et surtout du bénéfice retiré de la diversification des recrutements externes spécialisés qui apparaît, a priori, comme de nature à contribuer à la professionnalisation des effectifs de la CNAF.

4.2 Renforcer les moyens d'action à disposition des services de l'assurance maladie

[93] Le préalable d'une action efficace de l'assurance maladie en matière de lutte contre la fraude réside dans son estimation, la plus précise possible, du phénomène de fraude. Il s'agit d'une information essentielle à l'organisation et à la priorisation de son action. C'est la raison pour laquelle la démarche présentée au 1.1.5 doit absolument être poursuivie et affinée autant que cela sera possible grâce à l'utilisation des outils et technologies à disposition.

[94] Le PLFSS pour 2023 comprend, dans la version présentée au parlement par le gouvernement, plusieurs mesures relatives au renforcement de la lutte contre la fraude, transversaux ou ciblés, qui paraissent de nature à répondre à des besoins que la mission a entendus lors de ses échanges avec l'assurance maladie. Il s'agit en particulier :

- De l'attribution de prérogatives de police judiciaire aux organismes de protection sociale. Cette mesure s'inscrit dans la volonté de professionnaliser les réseaux chargés de la lutte contre la fraude des caisses ainsi qu'une meilleure articulation avec la justice. Elle doit définir un cadre juridique d'intervention ;
- De l'autorisation des greffiers des tribunaux de commerce, qui peuvent disposer de renseignements utiles notamment à la lutte contre la fraude aux prestations, de communiquer celles-ci aux actions de la lutte contre la fraude aux cotisations et aux prestations sociales. Cette mesure a pour objectif de faciliter les contrôles par une identification précoce des risques de fraude ;
- Du rehaussement du barème de pénalités applicables en cas de fraude à l'assurance maladie. Les plafonds actuels sont fixés en cas de fraude établie à 200% et quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) (300% et huit fois le plafond en cas de fraude commise en réseau). Ces plafonds vont passer à respectivement 300% et huit fois le PMSS et 400% et 16 fois le PMSS. Cette disposition traduit très clairement une volonté de durcissement des sanctions pour en accroître le caractère dissuasif ;
- De la possibilité donnée aux caisses d'assurance maladie d'évaluer des indus par extrapolation de contrôles sur échantillons. Les dispositions actuelles de l'article L.162-1-14-2 du code de la sécurité sociale permettent une procédure de contrôle par échantillonnage et extrapolation mais elles n'autorisent pas l'assurance maladie à notifier un indu évalué sur cette base, mais uniquement la sanction financière calculée sur la base de l'indu extrapolé. La mesure proposée octroie aux directeurs de caisses la possibilité de procéder à une évaluation forfaitaire d'un indu à partir d'un contrôle partiel ;
- De l'extension de la procédure de déconventionnement d'urgence à de nouvelles catégories de professionnels de santé. Cette disposition, applicable à date aux professionnels de santé libéraux et aux centres de santé devrait être appliquée à d'autres catégories de professionnels de santé qui pèsent pourtant sensiblement sur les dépenses d'assurance maladie (pharmaciens d'officine, transporteurs sanitaires et taxis conventionnés notamment) ;
- De la limitation de la prise en charge des arrêts de travail délivrés par téléconsultation par des praticiens autres que le médecin traitant. Cette mesure vise à prévenir un risque de dérive d'arrêt prescrits dans ce cadre, sans examen médical qui ne sont dans une large majorité (75%) accompagnés d'aucun autre soin remboursé et dont la durée semble augmenter.

[95] S'agissant par ailleurs de la procédure de transaction mentionnée au 3.2.2.3, le PLFSS pour 2023 ne prévoit pas de disposition de nature à sécuriser les directeurs de caisses. Une clarification

du code de la sécurité sociale sur ce point serait opportune pour lever des incertitudes qui manifestement subsistent.

4.3 Optimiser les systèmes d'information reste le levier principal

4.3.1 En interne à la branche

- Le développement de contrôles embarqués est indispensable : ils permettent d'automatiser des tâches qui sont souvent chronophages et ont souvent une faible valeur ajoutée. Ainsi, comme précisé dans le présent rapport, le système d'information pour la gestion des indemnités journalières ARPEGE qui doit être déployé pour le traitement des IJ des travailleurs salariés prévoit une intégration des activités de contrôle de l'ordonnateur et du comptable ainsi qu'un suivi et une gestion directs. Son déploiement dans des délais rapprochés apparaît aussi fondamental de ce point de vue. La même logique de contrôles embarqués mérite d'être mise en place pour les contrôles des établissements de santé soumis à la T2A.
- La dématérialisation des processus, outre les gains en termes d'efficience et de qualité de service tels que démontrés par la mission, notamment pour des projets comme la e-carte vitale, la e-prescription ou la facturation en ligne, présentent aussi des avantages en termes de prévention de la lutte contre la fraude. Comme recommandé dans le présent rapport, leur déploiement s'avère urgent.
- La CNAM a développé depuis le début de la COG des travaux de détection de la fraude sur la base de méthodes de « datamining » dites raisonnées, qui visent à « fouiller » les bases de données de l'assurance maladie pour construire des indicateurs de ciblage à partir de thèmes de contrôles précédents. Cette méthode présentant la limite de ne pas cibler l'ensemble des potentiels fraudeurs, elle a développé des méthodes de « datamining supervisé » : à partir de cas de fraudes identifiés et de cas de non fraudes, la création de modèles permet de mesurer a priori (avant investigation) la probabilité de fraude d'un acteur. Ces nouvelles méthodes de détection ont l'avantage de pouvoir modéliser différents profils de fraudes en intégrant dans la base d'apprentissage des cas de fraudes avérées liés au type de fraude recherché. Cette méthode a été utilisée à ce stade dans le cadre du programme de contrôle-contentieux CMU-C. Elle a, selon la caisse nationale, permis un pilotage plus efficace du programme de contrôle par un ciblage plus précis des dossiers à contrôler et des résultats en progression, par exemple entre 2016 et 2018 : en 2016, 62.460 dossiers ont été contrôlés avec un taux d'anomalies de 18,5%, un taux de fraudes de 7,8% et un préjudice moyen de 723 € par dossier ; en 2017, 41.337 dossiers ont été contrôlés avec 17,95% de taux d'anomalies, 7,02% de taux de fraude et 902 € de préjudice moyen par dossier ; en 2018, 24.904 dossiers ont été contrôlés avec 23,89% de taux d'anomalies, 9,43% de taux de fraude et 949 € de préjudice moyen par dossier.

[96] Si ces méthodes semblent prometteuses en termes d'efficience des contrôles, elles sont à ce stade appliquées à un champ très limité au regard du périmètre d'action de l'assurance maladie. Il est donc indispensable de poursuivre leur développement.

4.3.2 En partenariat

- Le DRM devrait être utilisé par l'assurance maladie pour les vérifications de données et contrôles sur la C2S, puis les pensions d'invalidité, pour appliquer de manière plus efficace les règles de cumul de ces prestations avec les revenus professionnels. Il devrait aussi être utilisé pour le calcul des rentes ATMP et l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI). Comme précisé précédemment, d'autres systèmes d'information interbranche ou interrégimes, tels que le RNCPS, sont encore peu utilisés notamment par les organismes d'assurance maladie, alors qu'ils permettent de disposer directement par d'autres organismes de données relatives aux assurés et ainsi de faire en amont du versement des prestations des vérifications et ainsi éviter des fraudes. Leur utilisation doit donc être encouragée dans le réseau.
- Comme précisé dans les développements précédents, les données détenues par les autres administrations sont encore peu partagées ou alors peu utilisées par les organismes de sécurité sociale et notamment le réseau de l'assurance maladie, malgré une extension juridique progressive des consultations par les lois de 1993 et 2018.¹⁴⁸

¹⁴⁸ Loi du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'accueil et de séjour des étrangers en France. Loi du 23 octobre 2018 relative à la lutte contre la fraude.

ANNEXE 9 : Evolution de la productivité des caisses primaires de 2017 à 2021

[1] La CNAM a suivi l'évolution de la productivité des caisses primaires tout au long de la COG en s'appuyant sur un outil de pilotage qui calcule chaque année la productivité des caisses par le croisement des ETPR qui leur sont comptabilisés et de leur production de « bénéficiaire consommant pondéré » ou BCP¹⁴⁹. Cette approche permet de réaliser une analyse longitudinale dans la durée de l'évolution de la productivité (voir le tableau en fin d'annexe rassemblant l'ensemble des données sources).

Les trois principaux constats qui peuvent être dégagés sont les suivants :

1 Des évolutions très contrastées des ressources humaines des caisses

[2] L'allocation des ressources humaines aux CPAM a essentiellement été affectée par 3 facteurs :

- La réduction des effectifs pour respecter la trajectoire de la COG, selon un tendancier calculé pour chaque caisse en fonction de la productivité constatée en 2017 ;
- L'incorporation d'effectifs supplémentaires suite à l'intégration de nouveaux régimes largement dépendante du lieu d'exercice, avant l'intégration à l'assurance maladie, des personnels concernés ;
- La gestion des dispositifs de mutualisation et d'entre-aide qui a pu être utilisée pour corriger certains déséquilibres charges/ressources ou pour consolider les effectifs de certaines caisses fragiles.

[3] L'évolution des ressources humaines alloués aux caisses conduit à établir les constats suivants :

- **Une diminution sensible des effectifs mobilisés de 2017 à 2021 en dépit de l'intégration des activités et effectifs issus des régimes : - 4 ;13%).**
- Des **évolutions très contrastées** entre les caisses primaires sous l'effet des facteurs rappelés ci-dessus de + 13,01% (Lot) à - 18,89 % (Vienne).
 - Dans 24 CPAM les effectifs augmentent.
 - A contrario, parmi les 78 caisses dont les effectifs diminuent, pour 12 d'entre-elles la baisse est supérieure à 10%.

[4] La mission a par ailleurs étudié la corrélation éventuelle de l'évolution des effectifs avec trois autres critères :

¹⁴⁹ Le nombre de BCP de chaque caisse est déterminé en prenant en compte le nombre d'assurés ayant consommé des soins de ville standardisés par classe d'âge à titre principal, ainsi que le taux de population active, qui impacte les arrêts de travail, le nombre de bénéficiaires de dispositifs de solidarité (complémentaire santé solidaire et AME) et la densité médicale

- La taille des caisses : **l'analyse ne démontre pas de corrélation évidente entre la taille des caisses et les évolutions d'effectifs les plus remarquables**. Les caisses dont les effectifs ont augmenté ne sont pas toutes des caisses à petits effectifs comme celle du Lot (138 ETPR en 2017). Des caisses comme celles de la Haute Garonne ou des Alpes Maritimes ont également vu leurs effectifs croître respectivement de 4,32% et de 5,44%. De même, les plus fortes baisses touchent un spectre large de caisses, de très grosses, Seine St Denis (1394 ETPR en 2017), Val de Marne (1224), Yvelines (1173) comme des caisses à petits effectifs, Haute Marne (141) ou Haute Saône (183) ;
- La situation géographique des caisses : **une évolution assez nettement différenciée est observée à l'échelle nationale** : 13 des 24 CPAM ayant bénéficié d'un effet positif sur leurs effectifs sont situées dans la partie la plus méridionale du pays (Départements 40, 34, 33, 31, 46, 30, 66, 12, 06, 82, 81, 201, 05, dont 9 caisses situées dans la région Occitanie) ; a contrario, les caisses accusant les plus fortes baisses sont majoritairement situées dans la partie la plus au nord du pays, avec en particulier une spécificité pour l'Île de France (départements 78, 93, 94) ;
- La productivité des caisses : **de même que pour leur taille, l'analyse ne met pas en évidence de corrélation évidente entre les évolutions les plus remarquables des effectifs et celle de leur productivité au cours de la COG**. Ainsi, 8 des 24 CPAM ayant vu leurs effectifs progresser figurent parmi les 20 mieux classées en 2021¹⁵⁰. A contrario, 7 CPAM figurent dans les 20 dernières, dont les deux dernières, illustration du fait que les évolutions d'effectifs n'ont pas été décidées uniquement en fonction de critères de productivité.

2 Une amélioration générale, régulière et importante de la productivité qui ne réduit pas les écarts inter-caisses

[5] De 2018 à 2021, la productivité moyenne des CPAM a progressé de manière générale, pour les 102 CPAM, forte, + 22,83%, et régulière, sans rupture au cours des 5 années et selon un rythme annuel compris entre + 4,8% minimum et + 6,6% maximum. La caisse la moins dynamique (Ile et Vilaine) affiche une progression de 7,35%, la caisse la plus dynamique (Seine St Denis) de 35%. Seules 14 CPAM progressent de moins de 15% quand 31 améliorent leur productivité de plus de 25% en 4 ans.

[6] Il est intéressant de relever que l'amélioration de la productivité a concerné y compris dans les CPAM dont les ressources humaines ont progressé.

[7] Au-delà de la dynamique collective affichée, on observera **une relative stabilité des écarts de productivité entre caisses**. Si l'écart entre la caisse la moins productive, Meuse, et la plus productive, Hauts de Seine, s'est fortement accru entre 2017 et 2021, c'est largement dû à la sous performance de la première (+ 8,68% seulement de productivité et décrochage par rapport à la CPAM classée 101^{ème}). Plus significatif, la productivité moyenne des 10 caisses les moins productives est inférieure de 26% à celle des 10 caisses les plus productives en 2021 contre 25,2% en 2017. Aussi, si des mouvements, parfois importants, sont intervenus dans le classement des CPAM entre 2017 et 2021, les écarts de productivité demeurent dans des proportions qui continuent à justifier que les efforts soient poursuivis pour les réduire.

¹⁵⁰ Ce qui a impliqué une augmentation d'autant plus importante de l'indicateur de BCP.

3 Un paysage de caisses contrasté alliant une stabilité de positions pour certaines et ruptures assez marquées pour d'autres

[8] Une analyse plus fine de la productivité des caisses conduit à faire les constats suivants :

- Une relative stabilité parmi les caisses classées comme les plus et les moins performantes : 6 des 10 CPAM les plus performantes en 2021 appartenaient à cette catégorie en 2017, dont la CPAM des Hauts de Seine qui a été classée n°1 au cours des 4 années de la COG. Les 3 premières de 2021 figuraient déjà parmi les 4 premières en 2017 (CPAM 92, 83, 40). De même, 5 des 10 moins performantes appartenaient à cette même catégorie en 2017, dont la CP de la Meuse qui a été classée n°102 au cours des 4 années de la COG.
- Une typologie dominante en termes de taille d'effectifs parmi les caisses classées comme les plus et les moins performantes : les CPAM les plus performantes sont majoritairement des caisses de taille moyenne à grande (8 des 10 plus performantes en 2021 avaient + de 400 ETP, dont 5+ de 500 ; les CPAM de l'Hérault, de la Gironde et le Haute Garonne, 12^{ème}, 13^{ème} et 14^{ème} ont également très effectifs très supérieurs à la moyenne).
A contrario, les CPAM les moins performantes sont majoritairement de petite à très petite taille : 9 CPAM ont moins de 230 ETP (A titre de comparaison, l'effectif moyen d'une caisse était de 446 en 2021) dont 6 avaient moins de 170 ETP. Même si le constat est fait que des CPAM de petits effectifs peuvent améliorer sensiblement leur productivité, grâce en particulier aux mécanismes de mutualisation et d'entre-aide, on doit constater que, parmi d'autres, ce facteur influe sur la performance des caisses en raison des contraintes structurelles auxquelles elles sont confrontées (masses critiques / flux d'activités limités).
- Des caisses affichant une forte dynamique de performance : 10 CPAM ont progressé de 25 places ou plus au cours de la COG, dont certaines qui ont gagné plus de 40 places, jusqu'à 47 pour les Yvelines. Ces progressions sont en générale associées à des améliorations de productivité supérieures à 30%, elles concernent à la fois des caisses de taille très importante (Yvelines, Rhône, Seine St Denis) mais également de taille moyenne à petite (Eure et Loir, Allier, Lot) preuve qu'au-delà des contraintes structurelles évoquées concernant les petites caisses, l'amélioration de leur performance est possible. On relèvera par ailleurs que figurent parmi les caisses qui ont le plus amélioré leur position relative au cours de cette COG, 3 caisses d'île de France (Yvelines + 47 places, Seine St Denis + 44 et Paris + 29) témoignage d'une dynamique régionale notable.
- Des caisses qui ont fortement dégradé leur position relative au cours de la COG : 12 CPAM ont reculé de 25 places ou plus au cours de la COG, dont certaines qui ont perdu plus de 40 places, jusqu'à 42 pour les Deux Sèvres. A l'exception des caisses des Alpes Maritimes, de Lille Douai et d'Ille et Vilaine il s'agit plutôt de caisse de taille moyenne à petite.
A deux exceptions notables près (les CPAM d'Ille et Vilaine et de la Vienne dont la dégradation marquée et rapide de la situation appelle un accompagnement spécifique), ces caisses font souvent partie de celles dont les effectifs ont été stables (Hautes Pyrénées, Saône et Loire) ou ont augmenté (Manche + 7,92%, Deux Sèvres + 5,94%, Alpes Maritimes + 5,44%, Doubs + 4,39%). Le contexte particulier de la crise sanitaire n'a sans doute pas permis d'identifier et de prévenir les risques particuliers de baisse de performance concernant ces caisses qui, dans leur majorité, ne figuraient pas en début de COG parmi les moins bien classées.

ANNEXE 9 BIS TB PRODUCTIVITÉ

n°	Caisse	Total ETPR retenus 2017	PRODUCTIVITE GLOBALE 2017	Rang 2017	Total ETPR retenus 2018	PRODUCTIVITE GLOBALE 2018	Rang 2018	Total ETPR retenus 2019	PRODUCTIVITE GLOBALE 2019	Rang 2019	Total ETPR retenus 2020	PRODUCTIVITE GLOBALE 2020	Rang 2020	Total ETPR retenus 2021	PRODUCTIVITE GLOBALE 2021	Rang 2021	Evolution ETPR 2021 / 2017	Evolution Productivité 2021 / 2017	Evolution rang 2021 / 2017
921	CPAM Nanterre	1 078	1 493	1	1 063	1 519	1	1 018	1 649	1	1 024	1 711	1	0	1 771	1	-2,81%	18,67%	0
831	CPAM Toulon	752	1 228	4	717	1 318	3	711	1 393	4	698	1 536	2	703	1 624	2	-6,57%	32,24%	2
401	CPAM Mont-de-Marsan	241	1 255	3	237	1 304	4	231	1 402	3	249	1 406	6	249	1 517	3	3,40%	20,87%	0
631	CPAM Clermont-Ferrand	425	1 193	10	418	1 245	9	416	1 313	12	408	1 416	5	405	1 507	4	-4,57%	26,28%	6
241	CPAM Perigueux	275	1 125	29	263	1 203	21	260	1 287	17	264	1 371	16	256	1 494	5	-6,79%	32,84%	24
741	CPAM Annecy	507	1 207	6	489	1 284	5	476	1 383	5	494	1 432	3	507	1 493	6	-0,11%	23,74%	0
441	CPAM de Loire-Atlantique	905	1 183	14	877	1 250	7	856	1 361	7	888	1 404	8	890	1 488	7	-1,64%	25,74%	7
171	CPAM La Rochelle	431	1 188	13	425	1 233	13	426	1 278	23	421	1 399	9	423	1 477	8	-1,87%	24,36%	5
851	CPAM La	417	1 205	7	414	1 241	10	405	1 325	8	416	1 388	12	419	1 470	9	0,53%	22,00%	-2

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

	Roche-sur-Yon																		
682	CPAM du Haut-Rhin	556	1 124	30	526	1 200	22	489	1 324	9	489	1 390	11	486	1 461	10	-12,52%	29,94%	20
431	CPAM Le Puy	147	1 144	21	143	1 204	20	138	1 285	19	135	1 423	4	141	1 456	11	-4,23%	27,27%	10
342	CPAM de l'Herault	858	1 182	15	842	1 234	12	835	1 320	10	863	1 372	14	873	1 447	12	1,79%	22,40%	3
331	CPAM Bordeaux	1 086	1 154	19	1 081	1 192	25	1 081	1 276	24	1 088	1 374	13	1 117	1 437	13	2,89%	24,52%	6
311	CPAM Toulouse	942	1 201	8	953	1 221	17	958	1 305	14	978	1 358	19	982	1 435	14	4,32%	19,43%	-6
731	CPAM Chambery	297	1 114	34	288	1 172	37	288	1 232	38	292	1 341	25	299	1 425	15	0,63%	27,86%	19
221	CPAM Saint-Brieuc	392	1 119	33	379	1 179	32	373	1 245	33	371	1 336	26	366	1 423	16	-6,43%	27,22%	17
461	CPAM Cahors	138	1 070	58	147	1 259	6	149	1 373	6	152	1 391	10	156	1 418	17	13,01%	32,48%	41
111	CPAM Carcassonne	265	1 143	24	265	1 179	33	260	1 247	32	256	1 353	20	262	1 411	18	-0,92%	23,39%	6
371	CPAM Tours	417	1 144	23	395	1 230	15	385	1 318	11	392	1 360	18	397	1 411	19	-4,67%	23,34%	4
841	CPAM Avignon	415	1 128	28	401	1 184	28	389	1 265	26	384	1 370	17	401	1 408	20	-3,41%	24,77%	8
301	CPAM Nimes	513	1 225	5	516	1 236	11	515	1 287	18	526	1 344	23	541	1 404	21	5,42%	14,66%	-16
261	CPAM Valence	365	1 141	25	355	1 197	23	350	1 248	30	347	1 347	21	359	1 401	22	-1,84%	22,83%	3

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

281	CPAM Chartres	287	1 078	51	285	1 098	66	280	1 189	54	259	1 331	27	264	1 401	23	-8,12%	29,89%	28
781	CPAM Versailles	1 173	1 041	71	1 127	1 091	68	1 081	1 192	51	1 030	1 302	38	1 018	1 392	24	-13,17%	33,73%	47
491	CPAM de Maine-et-Loire	528	1 140	26	508	1 204	19	526	1 219	42	505	1 343	24	517	1 383	25	-2,10%	21,32%	1
661	CPAM Perpignan	358	1 193	11	356	1 232	14	356	1 278	22	367	1 330	28	377	1 383	26	5,31%	15,94%	-15
11	CPAM Bourg-en-Bresse	420	1 076	53	405	1 139	47	393	1 237	35	384	1 347	22	405	1 381	27	-3,63%	28,39%	26
597	CPAM de Roubaix-Tourcoing	511	1 123	31	497	1 161	40	475	1 255	27	469	1 312	33	465	1 379	28	-9,00%	22,86%	3
673	CPAM du Bas-Rhin	880	1 076	52	836	1 170	39	828	1 238	34	826	1 308	34	826	1 373	29	-6,06%	27,58%	23
641	CPAM Bayonne	263	1 101	41	256	1 159	42	264	1 177	60	264	1 273	52	260	1 372	30	-1,20%	24,61%	11
751	CPAM Paris	1 883	1 066	60	1 769	1 137	48	1 717	1 253	28	1 763	1 314	32	1 789	1 368	31	-5,00%	28,33%	29
561	CPAM Vannes	496	1 161	17	494	1 192	24	496	1 252	29	505	1 320	30	520	1 365	32	4,76%	17,51%	-15
691	CPAM du Rhone	1 472	1 056	64	1 410	1 120	52	1 375	1 217	44	1 360	1 305	36	1 370	1 364	33	-6,96%	29,20%	31
271	CPAM Evreux	434	1 043	70	416	1 109	57	390	1 213	45	389	1 274	50	385	1 362	34	-11,41%	30,55%	36
121	CPAM Rodez	173	1 191	12	168	1 247	8	171	1 267	25	170	1 371	15	181	1 362	35	4,88%	14,32%	-23

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

031	CPAM Moulins	269	1 031	76	254	1 107	61	242	1 189	53	233	1 298	39	233	1 362	36	-	32,12%	40
764	CPAM Rouen-Elbeuf-Dieppe	635	1 108	40	607	1 178	35	601	1 236	36	611	1 264	55	599	1 361	37	-5,58%	22,93%	3
642	CPAM Pau	269	1 091	44	254	1 179	31	254	1 232	37	259	1 289	44	260	1 361	38	-3,30%	24,67%	6
451	CPAM Orleans	453	1 144	22	435	1 206	18	426	1 290	16	447	1 289	45	447	1 359	39	-1,38%	18,82%	-17
351	CPAM Rennes	801	1 264	2	763	1 356	2	716	1 441	2	709	1 279	47	710	1 357	40	-	7,35%	-38
931	CPAM Bobigny	1 394	1 003	85	1 307	1 080	74	1 233	1 210	46	1 190	1 315	31	1 238	1 354	41	-	35,00%	44
501	CPAM Saint-Lo	297	1 201	9	297	1 229	16	296	1 296	15	290	1 405	7	321	1 353	42	7,92%	12,74%	-33
601	CPAM de l'Oise	567	1 114	35	555	1 186	26	536	1 283	20	549	1 302	37	560	1 348	43	-1,30%	20,99%	-8
161	CPAM Angoulême	252	1 071	56	249	1 102	63	248	1 144	74	232	1 293	41	235	1 348	44	-6,57%	25,87%	12
801	CPAM Amiens	409	1 112	37	394	1 171	38	392	1 217	43	393	1 260	56	387	1 346	45	-5,42%	21,05%	-8
651	CPAM Tarbes	170	1 153	20	166	1 182	30	169	1 210	47	177	1 225	64	170	1 346	46	-0,01%	16,72%	-26
381	CPAM de l'Isère	893	1 111	38	876	1 159	41	864	1 224	40	862	1 308	35	892	1 343	47	-0,19%	20,93%	-9
061	CPAM Nice	875	1 172	16	880	1 185	27	875	1 220	41	900	1 289	43	923	1 339	48	5,44%	14,24%	-32
021	CPAM de l'Aisne	398	1 073	55	377	1 148	45	373	1 186	56	365	1 275	49	371	1 336	49	-6,85%	24,43%	6

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

091	CPAM Foix	121	1 074	54	120	1 087	70	118	1 146	72	114	1 274	51	115	1 335	50	-4,81%	24,25%	4
542	CPAM Meurthe-et-Moselle	561	1 013	81	537	1 068	80	543	1 102	84	532	1 192	74	513	1 333	51	-8,66%	31,64%	30
141	CPAM Caen	478	1 119	32	463	1 174	36	454	1 248	31	468	1 276	48	473	1 330	52	-0,99%	18,87%	-20
881	CPAM Epinal	275	1 055	65	270	1 086	72	258	1 163	65	243	1 291	42	254	1 329	53	-7,73%	26,07%	12
291	CPAM du Finistere	639	1 045	69	630	1 081	73	614	1 179	59	621	1 239	61	627	1 323	54	-1,89%	26,58%	15
771	CPAM Melun	990	1 067	59	975	1 099	65	942	1 195	50	931	1 266	54	953	1 320	55	-3,73%	23,70%	4
411	CPAM Blois	226	1 100	42	218	1 151	43	216	1 225	39	215	1 297	40	222	1 316	56	-2,06%	19,62%	-14
422	CPAM de la Loire	613	1 039	74	576	1 117	54	563	1 188	55	564	1 244	60	559	1 316	57	-8,82%	26,61%	17
861	CPAM Poitiers	369	1 154	18	345	1 183	29	310	1 307	13	295	1 323	29	299	1 315	58	-18,89%	13,98%	-40
072	CPAM de l'Ardeche	247	1 041	72	238	1 108	60	236	1 147	71	239	1 206	70	232	1 314	59	-6,33%	26,31%	13
131	CPAM Marseille	1 846	1 048	66	1 776	1 109	58	1 758	1 163	66	1 773	1 213	67	1 728	1 314	60	-6,38%	25,37%	6
821	CPAM Montauban	181	1 113	36	179	1 145	46	183	1 184	58	185	1 246	59	185	1 313	61	1,90%	17,96%	-25
941	CPAM Creteil	1 224	1 085	47	1 138	1 179	34	1 085	1 279	21	1 050	1 229	63	1 052	1 304	62	-14,00%	20,09%	-15

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

891	CPAM Auxerre	248	1 061	62	238	1 105	62	230	1 169	62	225	1 257	57	227	1 299	63	-8,62%	22,38%	-1
211	CPAM Dijon	366	1 081	49	360	1 122	51	356	1 196	49	361	1 248	58	365	1 296	64	-0,23%	19,89%	-15
711	CPAM Macon	389	1 108	39	380	1 151	44	373	1 191	52	369	1 271	53	386	1 295	65	-0,64%	16,92%	-26
763	CPAM Le Havre	339	1 001	87	317	1 075	76	310	1 122	79	304	1 174	80	290	1 293	66	-14,57%	29,16%	21
321	CPAM Auch	133	1 063	61	127	1 131	49	128	1 174	61	125	1 283	46	131	1 287	67	-1,34%	21,02%	-6
251	CPAM du Doubs	369	1 137	27	377	1 118	53	373	1 185	57	382	1 212	68	385	1 284	68	4,39%	12,98%	-41
951	CPAM Pontoise	1 004	992	90	968	1 038	85	929	1 137	75	912	1 210	69	919	1 277	69	-8,43%	28,74%	21
623	CPAM de la Cote d'Opale	449	1 047	67	430	1 092	67	420	1 149	69	426	1 181	79	418	1 274	70	-6,88%	21,67%	-3
721	CPAM Le Mans	400	1 089	45	395	1 112	56	389	1 167	63	387	1 231	62	394	1 270	71	-1,45%	16,66%	-26
624	CPAM de l'Artois	703	1 061	63	709	1 063	82	679	1 151	68	678	1 196	72	673	1 267	72	-4,30%	19,37%	-9
101	CPAM Troyes	225	1 080	50	220	1 109	59	219	1 148	70	217	1 200	71	215	1 261	73	-4,30%	16,71%	-23
811	CPAM Albi	293	1 083	48	287	1 125	50	289	1 157	67	316	1 125	94	301	1 244	74	2,69%	14,87%	-26
471	CPAM Agen	243	1 022	79	245	1 028	89	238	1 095	86	236	1 182	78	242	1 239	75	-0,38%	21,27%	4
361	CPAM Chateauroux	162	1 070	57	159	1 102	64	154	1 166	64	153	1 225	65	159	1 232	76	-1,62%	15,09%	-19

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

041	CPAM Digne	135	1 025	78	133	1 050	84	138	1 047	97	135	1 150	85	134	1 228	77	-0,55%	19,78%	1
701	CPAM Vesoul	183	988	91	176	1 030	88	166	1 117	82	159	1 218	66	165	1 226	78	-10,05%	24,12%	13
571	CPAM de Moselle	821	1 035	75	800	1 073	77	774	1 145	73	771	1 182	77	785	1 216	79	-4,37%	17,44%	-4
595	CPAM de Lille-Douai	777	1 095	43	741	1 115	55	715	1 199	48	713	1 194	73	735	1 215	80	-5,37%	10,95%	-37
191	CPAM Tulle	178	1 030	77	173	1 077	75	176	1 096	85	177	1 170	81	179	1 211	81	0,57%	17,55%	-4
391	CPAM Lons-le-Saunier	200	996	89	189	1 072	78	184	1 125	78	185	1 185	75	190	1 210	82	-5,06%	21,54%	7
481	CPAM Mende	58	938	97	52	1 086	71	52	1 121	80	55	1 139	87	54	1 208	83	-6,15%	28,75%	14
151	CPAM Aurillac	112	910	100	114	928	101	111	972	101	109	1 075	99	102	1 207	84	-9,29%	32,61%	16
871	CPAM Limoges	277	1 047	68	278	1 069	79	275	1 126	77	284	1 150	84	291	1 203	85	4,90%	14,93%	-17
511	CPAM Reims	420	1 012	82	416	1 038	86	410	1 103	83	397	1 185	76	409	1 201	86	-2,59%	18,68%	-4
901	CPAM Belfort	118	1 007	83	116	1 038	87	113	1 086	88	111	1 139	88	111	1 198	87	-6,16%	18,95%	-4
791	CPAM Niort	249	1 088	46	253	1 090	69	255	1 119	81	259	1 162	82	264	1 197	88	5,94%	10,09%	-42
521	CPAM Chaumont	141	962	95	135	1 015	91	130	1 073	92	127	1 141	86	126	1 197	89	-10,70%	24,38%	6
181	CPAM Bourges	228	1 040	73	226	1 059	83	217	1 136	76	227	1 132	91	226	1 189	90	-0,94%	14,32%	-17

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

594	CPAM des Flandres	400	938	98	378	999	97	368	1 053	96	354	1 136	90	355	1 186	91	-11,19%	26,46%	7
911	CPAM Evry	1 031	977	93	1 007	1 011	94	996	1 076	91	995	1 125	95	1 010	1 178	92	-2,07%	20,51%	1
599	CPAM du Hainaut	674	978	92	647	1 024	90	625	1 082	90	599	1 156	83	617	1 175	93	-8,51%	20,14%	-1
611	CPAM Alencon	217	1 004	84	217	1 005	95	211	1 058	93	213	1 089	97	208	1 168	94	-4,04%	16,37%	-10
201	CPAM Ajaccio	129	928	99	123	1 013	93	126	1 056	94	128	1 127	93	133	1 168	95	2,72%	25,89%	4
581	CPAM Nevers	167	1 000	88	169	998	98	165	1 030	99	163	1 090	96	159	1 166	96	-4,64%	16,59%	-8
081	CPAM Charleville-Mezieres	228	1 002	86	227	1 013	92	216	1 087	87	214	1 139	89	218	1 157	97	-4,44%	15,48%	-11
202	CPAM Bastia	148	904	101	139	993	99	140	1 055	95	142	1 131	92	148	1 157	98	-0,33%	28,01%	3
051	CPAM Gap	119	971	94	123	968	100	122	1 011	100	127	1 039	101	122	1 152	99	2,60%	18,63%	-5
231	CPAM Gueret	92	956	96	90	1 001	96	89	1 041	98	91	1 083	98	92	1 131	100	-0,46%	18,28%	-4
531	CPAM Laval	207	1 021	80	202	1 063	81	206	1 085	89	219	1 069	100	222	1 103	101	7,42%	8,02%	-21
551	CPAM Bar-le-Duc	164	859	102	160	889	102	155	938	102	153	982	102	167	934	102	2,04%	8,68%	
Total 102 cpam		48 545	1 098		47 093	1 150		46 090	1 226		46 070	1 287		46 539	1 349		-4,13%	22,83%	
MIN			859			889			938			982			934			8,68%	

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R



Organisme	Nom	ETPR CPAM 2021	BCP 2021	Ratio CPAM BCP / ETPR	Ratio cible BCP / ETPR	Delta / ratio CPAM	Effort d'efficience CPAM %	Plafonnement effort d'efficience CPAM 10%	Contribution efficience CPAM ETP	ETPR après contribution efficience CPAM
11	#N/A	405	558823	1 381,43	1381,43	0,00	0,00%	0,00%	0,00	405
021	CPAM de l'Aisne	371	494897	1 335,75	1349,18	-13,44	-1,01%	-1,01%	-3,73	367
031	CPAM Moulins	233	317219	1 361,80	1361,80	0,00	0,00%	0,00%	0,00	233
041	CPAM Digne	134	164323	1 227,69	1349,18	-121,49	-9,90%	-9,90%	-13,25	121
051	CPAM Gap	122	141023	1 152,26	1349,18	-196,92	-17,09%	-10,00%	-12,24	110
061	CPAM Nice	923	1235697	1 338,89	1349,18	-10,30	-0,77%	-0,77%	-7,10	916
072	CPAM de l'Ardeche	232	304623	1 314,46	1349,18	-34,72	-2,64%	-2,64%	-6,12	226
081	CPAM Charleville-Mezieres	218	252604	1 157,32	1349,18	-191,87	-16,58%	-10,00%	-21,83	196
091	CPAM Foix	115	153412	1 334,77	1349,18	-14,41	-1,08%	-1,08%	-1,24	114

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

101	CPAM Troyes	215	271395	1 261,01	1349,18	-88,17	-6,99%	-6,99%	-15,05	200
111	CPAM Carcassonne	262	369781	1 410,99	1410,99	0,00	0,00%	0,00%	0,00	262
121	CPAM Rodez	181	246821	1 361,81	1361,81	0,00	0,00%	0,00%	0,00	181
131	CPAM Marseille	1728	2269657	1 313,64	1349,18	-35,55	-2,71%	-2,71%	-46,75	1 681
141	CPAM Caen	473	629690	1 330,29	1349,18	-18,90	-1,42%	-1,42%	-6,72	467
151	CPAM Aurillac	102	122537	1 207,18	1349,18	-142,00	-11,76%	-10,00%	-10,15	91
161	CPAM Angouleme	235	317190	1 347,62	1349,18	-1,57	-0,12%	-0,12%	-0,27	235
171	CPAM La Rochelle	423	624877	1 477,43	1477,43	0,00	0,00%	0,00%	0,00	423
181	CPAM Bourges	226	268098	1 188,73	1349,18	-160,45	-13,50%	-10,00%	-22,55	203
191	CPAM Tulle	179	216240	1 211,09	1349,18	-138,09	-11,40%	-10,00%	-17,85	161
201	CPAM Ajaccio	133	155116	1 167,96	1349,18	-181,23	-15,52%	-10,00%	-13,28	120
202	CPAM Bastia	148	171126	1 157,28	1349,18	-191,90	-16,58%	-10,00%	-14,79	133
211	CPAM Dijon	365	473159	1 296,48	1349,18	-52,71	-4,07%	-4,07%	-14,84	350
221	CPAM Saint-Brieuc	366	521512	1 423,34	1423,34	0,00	0,00%	0,00%	0,00	366
231	CPAM Gueret	92	103802	1 131,07	1349,18	-218,11	-19,28%	-10,00%	-9,18	83
241	CPAM Perigueux	256	382526	1 494,34	1494,34	0,00	0,00%	0,00%	0,00	256
251	CPAM du Doubs	385	494461	1 284,08	1349,18	-65,11	-5,07%	-5,07%	-19,52	366
261	CPAM Valence	359	502589	1 401,50	1401,50	0,00	0,00%	0,00%	0,00	359
271	CPAM Evreux	385	523738	1 362,04	1362,04	0,00	0,00%	0,00%	0,00	385
281	CPAM Chartres	264	369523	1 400,68	1400,68	0,00	0,00%	0,00%	0,00	264
291	CPAM du Finistere	627	829180	1 322,89	1349,18	-26,29	-1,99%	-1,99%	-12,46	614
301	CPAM Nimes	541	759069	1 404,17	1404,17	0,00	0,00%	0,00%	0,00	541

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

311	CPAM Toulouse	982	1409601	1 434,77	1434,77	0,00	0,00%	0,00%	0,00	982
321	CPAM Auch	131	168410	1 286,56	1349,18	-62,63	-4,87%	-4,87%	-6,37	125
331	CPAM Bordeaux	1117	1604536	1 436,60	1436,60	0,00	0,00%	0,00%	0,00	1 117
342	CPAM de l'Herault	873	1263272	1 447,25	1447,25	0,00	0,00%	0,00%	0,00	873
351	CPAM Rennes	710	963378	1 356,68	1356,68	0,00	0,00%	0,00%	0,00	710
361	CPAM Chateauroux	159	196062	1 231,84	1349,18	-117,35	-9,53%	-9,53%	-15,16	144
371	CPAM Tours	397	560428	1 410,70	1410,70	0,00	0,00%	0,00%	0,00	397
381	CPAM de l'Isere	892	1197546	1 343,19	1349,18	-5,99	-0,45%	-0,45%	-3,98	888
391	CPAM Lons-le- Saunier	190	229410	1 210,18	1349,18	-139,01	-11,49%	-10,00%	-18,96	171
401	CPAM Mont- de-Marsan	249	377757	1 517,21	1517,21	0,00	0,00%	0,00%	0,00	249
411	CPAM Blois	222	291545	1 315,88	1349,18	-33,30	-2,53%	-2,53%	-5,61	216
422	CPAM de la Loire	559	735513	1 315,51	1349,18	-33,67	-2,56%	-2,56%	-14,31	545
431	CPAM Le Puy	141	204923	1 456,31	1456,31	0,00	0,00%	0,00%	0,00	141
441	CPAM de Loire- Atlantique	890	1324325	1 487,53	1487,53	0,00	0,00%	0,00%	0,00	890
451	CPAM Orleans	447	607488	1 359,12	1359,12	0,00	0,00%	0,00%	0,00	447
461	CPAM Cahors	156	220688	1 417,72	1417,72	0,00	0,00%	0,00%	0,00	156
471	CPAM Agen	242	299908	1 238,77	1349,18	-110,42	-8,91%	-8,91%	-21,58	221
481	CPAM Mende	54	65726	1 207,97	1349,18	-141,22	-11,69%	-10,00%	-5,44	49
491	CPAM de Maine-et-Loire	517	714348	1 382,98	1382,98	0,00	0,00%	0,00%	0,00	517
501	CPAM Saint-Lo	321	434177	1 353,41	1353,41	0,00	0,00%	0,00%	0,00	321
511	CPAM Reims	409	491605	1 200,73	1349,18	-148,45	-12,36%	-10,00%	-40,94	368

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

521	CPAM Chaumont	126	150694	1 196,90	1349,18	-152,29	-12,72%	-10,00%	-12,59	113
531	CPAM Laval	222	245266	1 103,04	1349,18	-246,15	-22,32%	-10,00%	-22,24	200
542	CPAM Meurthe-et- Moselle	513	683523	1 333,22	1349,18	-15,96	-1,20%	-1,20%	-6,14	507
551	CPAM Bar-le- Duc	167	156361	933,60	1349,18	-415,59	-44,51%	-10,00%	-16,75	151
561	CPAM Vannes	520	709635	1 364,58	1364,58	0,00	0,00%	0,00%	0,00	520
571	CPAM de Moselle	785	954623	1 215,50	1349,18	-133,68	-11,00%	-10,00%	-78,54	707
581	CPAM Nevers	159	185694	1 166,41	1349,18	-182,78	-15,67%	-10,00%	-15,92	143
594	CPAM des Flandres	355	420733	1 185,66	1349,18	-163,52	-13,79%	-10,00%	-35,49	319
595	CPAM de Lille- Douai	735	892938	1 214,75	1349,18	-134,43	-11,07%	-10,00%	-73,51	662
597	CPAM de Roubaix- Tourcoing	465	641570	1 379,23	1379,23	0,00	0,00%	0,00%	0,00	465
599	CPAM du Hainaut	617	725073	1 175,08	1349,18	-174,11	-14,82%	-10,00%	-61,70	555
601	CPAM de l'Oise	560	754739	1 347,85	1349,18	-1,34	-0,10%	-0,10%	-0,55	559
611	CPAM Alencon	208	243247	1 168,16	1349,18	-181,02	-15,50%	-10,00%	-20,82	187
623	CPAM de la Cote d'Opale	418	532890	1 274,30	1349,18	-74,88	-5,88%	-5,88%	-24,57	394
624	CPAM de l'Artois	673	851921	1 266,72	1349,18	-82,46	-6,51%	-6,51%	-43,78	629
631	CPAM Clermont- Ferrand	405	610514	1 506,82	1506,82	0,00	0,00%	0,00%	0,00	405
641	CPAM Bayonne	260	356979	1 372,21	1372,21	0,00	0,00%	0,00%	0,00	260
642	CPAM Pau	260	354135	1 360,59	1360,59	0,00	0,00%	0,00%	0,00	260

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

651	CPAM Tarbes	170	228661	1 346,04	1349,18	-3,14	-0,23%	-0,23%	-0,40	169
661	CPAM Perpignan	377	520956	1 382,55	1382,55	0,00	0,00%	0,00%	0,00	377
673	CPAM du Bas-Rhin	826	1134670	1 373,21	1373,21	0,00	0,00%	0,00%	0,00	826
682	CPAM du Haut-Rhin	486	710354	1 460,59	1460,59	0,00	0,00%	0,00%	0,00	486
691	CPAM du Rhone	1370	1868849	1 364,14	1364,14	0,00	0,00%	0,00%	0,00	1 370
701	CPAM Vesoul	165	202320	1 226,47	1349,18	-122,71	-10,01%	-10,00%	-16,50	148
711	CPAM Macon	386	499923	1 294,87	1349,18	-54,31	-4,19%	-4,19%	-16,19	370
721	CPAM Le Mans	394	500872	1 270,29	1349,18	-78,90	-6,21%	-6,21%	-24,49	370
731	CPAM Chambery	299	425897	1 424,66	1424,66	0,00	0,00%	0,00%	0,00	299
741	CPAM Annecy	507	756479	1 493,49	1493,49	0,00	0,00%	0,00%	0,00	507
751	CPAM Paris	1789	2447441	1 368,24	1368,24	0,00	0,00%	0,00%	0,00	1 789
763	CPAM Le Havre	290	374632	1 292,86	1349,18	-56,32	-4,36%	-4,36%	-12,62	277
764	CPAM Rouen-Elbeuf-Dieppe	599	816052	1 361,44	1361,44	0,00	0,00%	0,00%	0,00	599
771	CPAM Melun	953	1258251	1 319,80	1349,18	-29,39	-2,23%	-2,23%	-21,23	932
781	CPAM Versailles	1018	1417586	1 392,09	1392,09	0,00	0,00%	0,00%	0,00	1 018
791	CPAM Niort	264	316452	1 197,31	1349,18	-151,87	-12,68%	-10,00%	-26,43	238
801	CPAM Amiens	387	520740	1 346,25	1349,18	-2,94	-0,22%	-0,22%	-0,84	386
811	CPAM Albi	301	374612	1 244,29	1349,18	-104,90	-8,43%	-8,43%	-25,38	276
821	CPAM Montauban	185	242648	1 312,74	1349,18	-36,44	-2,78%	-2,78%	-5,13	180
831	CPAM Toulon	703	1140755	1 623,51	1623,51	0,00	0,00%	0,00%	0,00	703
841	CPAM Avignon	401	563954	1 408,04	1408,04	0,00	0,00%	0,00%	0,00	401

RAPPORT PROVISOIRE IGAS N°2022-027R

851	CPAM La Roche-sur-Yon	419	616473	1 470,22	1470,22	0,00	0,00%	0,00%	0,00	419
861	CPAM Poitiers	299	393658	1 315,39	1349,18	-33,80	-2,57%	-2,57%	-7,69	292
871	CPAM Limoges	291	349446	1 202,79	1349,18	-146,40	-12,17%	-10,00%	-29,05	261
881	CPAM Epinal	254	337166	1 329,45	1349,18	-19,73	-1,48%	-1,48%	-3,76	250
891	CPAM Auxerre	227	294304	1 298,67	1349,18	-50,52	-3,89%	-3,89%	-8,82	218
901	CPAM Belfort	111	132901	1 198,30	1349,18	-150,88	-12,59%	-10,00%	-11,09	100
911	CPAM Evry	1010	1189245	1 177,95	1349,18	-171,24	-14,54%	-10,00%	-100,96	909
921	CPAM Nanterre	1047	1855255	1 771,49	1771,49	0,00	0,00%	0,00%	0,00	1 047
931	CPAM Bobigny	1238	1677268	1 354,30	1354,30	0,00	0,00%	0,00%	0,00	1 238
941	CPAM Creteil	1052	1371800	1 303,56	1349,18	-45,62	-3,50%	-3,50%	-36,83	1 016
951	CPAM Pontoise	919	1173756	1 277,24	1349,18	-71,95	-5,63%	-5,63%	-51,77	867
Total	102	46539	62789265,66						-1213,05	
Moyenne CNAM	1349,18									
Moyenne CNAM	1349,18									

ANNEXE 10 : Trajectoire des effectifs de la COG 2018- 2022 et mise en perspective pour la prochaine COG

(Note d'étape pour l'évaluation de la COG CNAM 2018-2022)

Trajectoire des effectifs de la COG 2018- 2022 et mise en perspective pour la prochaine COG



Note d'étape pour l'évaluation de la COG CNAM 2018-2022

2022-027R
Juillet 2022

SOMMAIRE

ANNEXE 10 :TRAJECTOIRE DES EFFECTIFS DE LA COG 2018- 2022 ET MISE EN PERSPECTIVE POUR LA PROCHAINE COG.....	247
1 UNE TRAJECTOIRE INITIALE DE LA COG MARQUEE PAR LA POURSUITE DES EFFORTS D’EFFICIENCE ET PAR L’INTEGRATION, A UNE ECHELLE INEDITE, DE NOUVEAUX REGIMES	253
1.1 A PERIMETRE CONSTANT, UNE PREVISION DE BAISSSE DE 12 % DES EFFECTIFS SUR LA DUREE DE LA COG	253
1.2 L’INTEGRATION AU REGIME GENERAL, DES REGIMES DES ETUDIANTS, DES FONCTIONNAIRES ET DU RSI A REPRESENTE UN APPORT DE PRES DE 7 % DES EFFECTIFS, AVEC DE FORTS IMPACTS SUR LE RESEAU	255
1.2.1 <i>Trois régimes à intégrer dans un calendrier resserré avec des objectifs COG ambitieux et un impact important sur la trajectoire</i>	<i>255</i>
1.2.2 <i>Un impact RH et organisationnel important pour le réseau de la CNAM</i>	<i>257</i>
1.3 DES AJUSTEMENTS DE TRAJECTOIRE (HORS CRISE) DE PORTEE LIMITEE POUR PRENDRE EN COMPTE DES EVOLUTIONS PERENNES DU PERIMETRE D’ACTIVITE	258
2 LA CRISE SANITAIRE A RENDU NECESSAIRE DES RENFORTS EXCEPTIONNELS ET UNE ADAPTATION DE LA TRAJECTOIRE, POUR PERMETTRE A LA CNAM ET A SON RESEAU D’ASSURER LES MISSIONS MAJEURES QUI LEUR ONT ETE CONFIEES	259
2.1 L’ASSURANCE MALADIE A JOUE UN ROLE MAJEUR DANS LA GESTION DE LA CRISE, DANS LE CADRE DE MISSIONS REDEFINIES	259
2.2 L’ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES ONT ETE FORTEMENT IMPACTES.....	260
2.3 DES DECISIONS D’AUGMENTATION DES MOYENS HUMAINS TRES CONSEQUENTES POUR FAIRE FACE AUX DEFIS DE LA PERIODE	262
3 LA TRAJECTOIRE DE LA COG DECLINEE POUR PARTIE DANS UN CONTEXTE EXCEPTIONNEL DE CRISE SANITAIRE QUI S’ACHEVE SUR UNE ANNEE 2022 TRES EXIGEANTE EN TERMES DE RESTITUTION D’EFFECTIFS	264
3.1 UN RESPECT ANNONCE DE LA TRAJECTOIRE, DANS UN CONTEXTE DE CRISE SANITAIRE NON ACHVEE ET DE FORTE TENSION SUR LE RESEAU	264
3.1.1 <i>Une déclinaison dans le réseau de la trajectoire rendue plus difficile par un équilibre entre départs à la retraite et turn-over différent de celui initialement prévu.....</i>	<i>264</i>
3.1.2 <i>Une trajectoire rendue difficilement lisible du fait du jeu des apports de crise et marquée par un atterrissage en 2022 très exigeant.....</i>	<i>266</i>
3.2 DES EVOLUTIONS DIFFERENCIEES DES EFFECTIFS SELON LES STRUCTURES ET LES ACTIVITES	268
3.2.1 <i>Des trajectoires d’effectifs contrastées selon les types de structures.....</i>	<i>269</i>
3.2.2 <i>Des évolutions contrastées des processus métiers en termes de charge et de ressources humaines au sein des caisses primaires</i>	<i>270</i>
3.3 QUELQUES ELEMENTS DE SYNTHESE CONCLUSIVE A DATE	278
4 PREMIERS ELEMENTS D’ECLAIRAGE A DATE SUR LE CONTEXTE ET LES PARAMETRES DE LA TRAJECTOIRE DE LA PROCHAINE COG	278
4.1 UN CONTEXTE DE DEBUT DE COG ENCORE MARQUE PAR LA CRISE ET SES SUITES, UN JUSTE EQUILIBRE CHARGE/RESSOURCES PLUS DELICAT A ATTEINDRE AU FIL DES COG	279
4.2 UNE PERSPECTIVE DE BAISSSE DES DEPARTS A LA RETRAITE QUI NE FACILITE PAS LA MISE EN ŒUVRE DES RESTITUTIONS D’EFFECTIFS	280
4.3 A DEFAUT DE DISPOSER D’UN LEVIER MASSIF D’EFFICIENCE, UN ENSEMBLE DE PISTES SONT SUSCEPTIBLES D’APPORTER DES GAINS DE PRODUCTIVITE MAIS LEUR IMPACT EST DIFFICILE A QUANTIFIER FAUTE DE SOURCES CHIFFREES ET DU FAIT D’INCERTITUDES SUR LE CALENDRIER	282
4.3.1 <i>Le chantier des II sera déterminant en termes d’efficience et de qualité de service dans le cadre de la prochaine COG</i>	<i>282</i>
4.3.2 <i>Les principaux leviers d’efficience relèvent des SI et des téléservices, avec des mises en services et montée en puissance étalées sur la durée de la prochaine COG</i>	<i>283</i>
4.3.3 <i>Des gains limités à attendre de la poursuite de la mutualisation et de la réorganisation du maillage territorial du réseau, sauf à remettre en cause le modèle de CPAM « généralistes ».....</i>	<i>285</i>

[1] La présente note d'étape vise à dresser un bilan de la trajectoire de moyens en termes d'effectifs arrêtée pour la COG 2018-22 et à poser des premiers éléments d'éclairage sur le contexte et leviers de la trajectoire RH de la COG à venir.

[2] S'agissant des effectifs, la présente COG a été impactée par deux faits majeurs :

- L'un prévu dans la COG, l'intégration de plusieurs régimes de sécurité sociale (RSI, étudiants et fonctionnaires), avec leurs assurés et leurs effectifs. Cette intégration a induit une conduite de projet lourde et des réorganisations pour compenser des déséquilibres charges /ressources au sein du réseau, afin de pouvoir espérer engranger des gains d'échelle.
- L'autre exceptionnel, la crise sanitaire, qui a donné lieu à d'importants renforts de moyens (financiers et en effectifs -CDD et CDI-) et à une adaptation majeure de la trajectoire et d'un avenant à la COG, pour permettre à la CNAM d'assurer les missions très lourdes de gestion de crise qui lui ont été confiées.

[3] La trajectoire a été mise en œuvre dans un contexte particulièrement complexe, de très lourde charge d'activité pour le réseau et de départs à la retraite significativement plus bas que prévu initialement. Selon les indications figurant dans le tableau de bord de juillet de suivi de la COG, la CNAM annonce le respect de la trajectoire de la COG pour 2022.

[4] S'agissant de la définition de la trajectoire de la COG à venir, nonobstant les éléments de cadrage globaux concernant toutes les branches, un équilibre devra être trouvé entre d'une part les moyens nécessaires pour atteindre les objectifs prioritaires définis par la future COG et assurer la qualité de service attendue des assurés et des partenaires et d'autre part la poursuite des efforts d'efficience engagés au fil des COG, avec des leviers de productivité qui pourraient être moins puissants qu'ils l'ont été lors de COG antérieures.

[5] A ce stade, la présente note présente des premiers éléments d'éclairage sur le bilan de la trajectoire actuelle et sur les paramètres de la trajectoire à venir, à partir des éléments disponibles à date¹⁵¹.

¹⁵¹ Elle prend en compte également les analyses thématiques développées dans les autres notes d'étape transmises en parallèle, relatives aux indemnités journalières (IJ), à la dématérialisation et aux SI ainsi qu'à l'organisation territoriale du réseau.

1 Une trajectoire initiale de la COG marquée par la poursuite des efforts d'efficacité et par l'intégration, à une échelle inédite, de nouveaux régimes

1.1 A périmètre constant, une prévision de baisse de 12 % des effectifs sur la durée de la COG

[6] La lettre interprétative du 30 mars 2018 traduit en ETP et en plafond d'emploi les dépenses de personnel limitatives prévues dans l'annexe 1 de la COG. A périmètre constant des structures de l'assurance maladie prises en compte, la trajectoire en effectifs (CDI) a été construite sur les paramètres suivants : une base de 64 806 EPTMA (CDI) en 2017 et une baisse de 2,5 % par an des effectifs, ce qui correspond à une cible de 57 100 ETP (CDI) en 2022 et une diminution de 7 706 ETPMA (-12 %) sur la durée de la COG.

Tableau 1 : Trajectoire initiale de la COG à périmètre constant (CDI)

	Nb CDI ETPMA	2018	2019	2020	2021	2022	Total COG
FNG Périmètre d'activités constant (base 2017)	Nb ETPMA Base N-1	64 806	63 186	61 607	60 066	58 564	
	Application du taux de 2,5%	-1 620	-1 580	-1 540	-1 502	-1 463	-7 706
	Nb ETPMA fin N	63 186	61 607	60 066	58 564	57 100	57 100

Source : Mission IGAS à partir de l'annexe n°1 Lettre interprétative COG CNAM 2018-2022 du ministre des solidarités et de santé et du ministre de l'action et des comptes publics en date du 30 mars 2018.

[7] Le taux annuel de réduction des ETPMA de 2,5% par an (impératif) est traduit dans l'annexe n°1 de la lettre interprétative par un taux cible de remplacement des départs à la retraite de 44,5 % sur la durée de la COG mais contrairement aux COG précédentes, ce taux est indicatif.

L'effort requis sous la présente COG (- 12 % sur 5 ans) apparaît comme plus élevé que celui de la COG précédente (- 7,3 % d'effectifs sur 4 ans et remplacement d'un départ à la retraite sur deux). A périmètre constant (hors intégration des régimes), sur la base de la trajectoire initiale de la présente COG, les effectifs CNAM devraient donc évoluer sur la durée des deux COG successives de 69 886 ETP en 2013 (base de départ de la COG précédente) à 57 100 ETP (fin de la COG actuelle), soit une réduction de 12.786 ETP (18,3%).

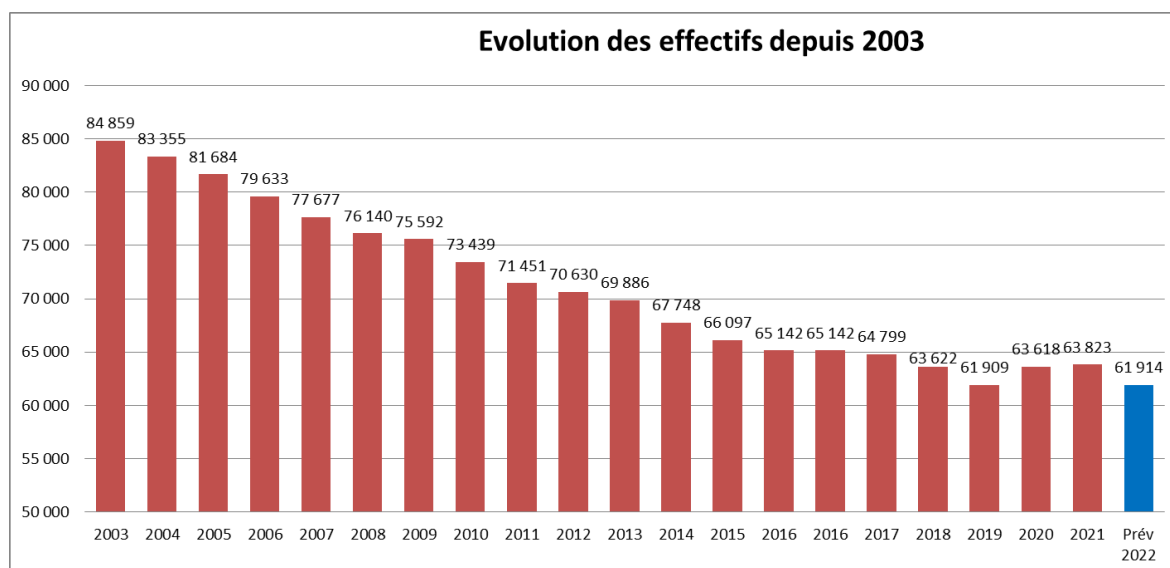
Tableau 2 : Trajectoire d'effectifs (CDI) sous la COG CNAM 2014-2017

	2013	2014	2015	2016	2017	2017 après revoyure
Cible COG		68 724	67 788	66 615	65 396	64 806
Réalisé	69 886	67 748	66 097	65 173		
Diminution cumulée d'effectifs		- 2 138	-3 789	-4 713		-5 080

Source : Rapport d'évaluation de la COG CNAM 2014-2017 – qualité de service et organisation du réseau IGAS 2017

[8] En l'espace de trois COG, entre 2010 et 2022, la CNAM aura vu ses effectifs passer de plus de 73 000 agents à 61 900, régimes intégrés compris.

Graphique 1 : Evolution des effectifs de la CNAM depuis 2003

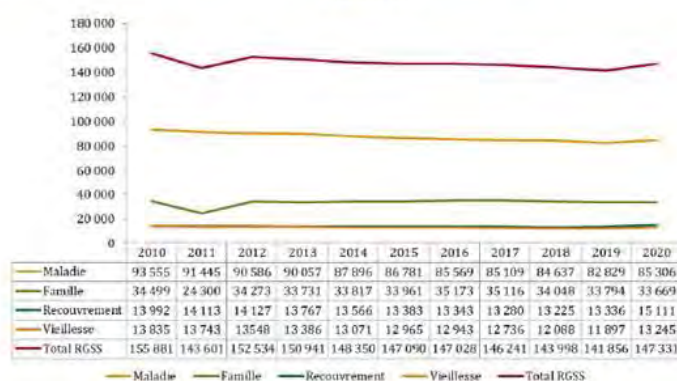


Source : CNAM

[9] Comme l'a souligné le rapport IGAS-IGF relatif aux enjeux d'intérêt commun aux branches du régime général, c'est la branche maladie (dont le régime général représente la plus grande part) qui a connu les plus fortes réductions d'effectifs ces dernières années, sachant que « chaque branche dispose de sa propre trajectoire RH attachée à la COG et [qu']il n'existe pas de trajectoire pour l'ensemble du régime général ».

Graphique 2 : Evolution des effectifs des branches du régime général

Graphique 1 : Evolution des effectifs des branches du régime général sur la période 2010-2020 (en ETPT)



	2015-2020	2010-2020
Maladie	-1,7 %	-8,8 %
Famille	-0,9 %	-2,4 %
Recouvrement	12,9 %	8,0 %
Vieillesse	2,2 %	-4,3 %
Total RGSS	0,2 %	-5,5 %

Source : Avis de la CIASSP 2012, 2016 et 2021.

1.2 L'intégration au régime général, des régimes des étudiants, des fonctionnaires et du RSI a représenté un apport de près de 7 % des effectifs, avec de forts impacts sur le réseau

1.2.1 Trois régimes à intégrer dans un calendrier resserré avec des objectifs COG ambitieux et un impact important sur la trajectoire

[10] La COG de la CNAM a prévu l'intégration par le régime de plusieurs régimes à compter de 2018 : les régimes étudiants et fonctionnaires à travers leurs mutuelles délégataires d'une part, la dimension « assurance maladie » du régime social des indépendants (RSI avec ses organismes conventionnés porteurs d'une majorité des effectifs transférés) de l'autre. Comparativement aux opérations d'intégration déjà conduites par la CNAM, **cette vague d'intégrations se distingue par son ampleur, à la fois en termes de bénéficiaires et d'effectifs à intégrer : plus de 9,5 millions de bénéficiaires¹⁵² et près de 4 400 ETP (soit 6,7 % des effectifs CNAM)**. Le RSI a présenté l'enjeu le plus lourd par le nombre de ses bénéficiaires (de l'ordre de 6 millions), des effectifs à intégrer (plus de 70 % du total) ainsi que par l'existence d'une réglementation spécifique, en particulier en matière de prestations en espèces, dont les équipes des CPAM ont dû acquérir la maîtrise ¹⁵³.

[11] Ces intégrations se sont échelonnées entre 2018 et 2021, avec une forte concentration des arrivées en 2019 et surtout 2020 (intégration du RSI). L'impact sur la trajectoire de la COG est détaillé dans le tableau ci-dessous en partie : 4381 ETP intégrés auxquels s'est appliquée la règle de restitution des effectifs de 2,5 % à compter de leur année d'intégration (-349 ETP) soit un apport net de 4032 ETP.

Tableau 3 : Impact prévisionnel sur la trajectoire de l'intégration des régimes

Régimes	Nb CDI ETPMA	2018	2019	2020	2021	2022	Total COG
LMG¹⁵⁴	Base N-1	0	107	212	207	201	
	Effectifs intégrés	110	110				220
	Effectifs rendus	-3	-5	-5	-5	-5	-24
	LMG	107	212	207	201	196	
Intégration SLM Fonctionnaires	Base N-1	0	0	329	431	420	
	Effectifs intégrés		337	113			450
	Effectifs rendus		-8	-11	-11	-10	-41
	Intégration SLM Fonctionnaires	0	329	431	420	409	
SMER	Base N-1	0	110	351	476	464	
	Effectifs intégrés	113	250	137			500
	Effectifs rendus	-3	-9	-12	-12	-12	-48

¹⁵² 1,8 M d'étudiants, 6 M de travailleurs indépendants, 1,2 M de fonctionnaires, 0,5 M d'adhérents à La Mutuelle Générale (LMG)

¹⁵³ Un bilan global de l'intégration du RSI au régime général de sécurité sociale a été dressé dans le rapport IGAS n° 2021-073R, avec en annexe n° 2 un focus sur le risque maladie, maternité et accidents du travail.

¹⁵⁴ LMG : La Mutuelle Générale (contractuels notamment), SLM fonctionnaires (section locale mutualiste gérant par délégation la couverture obligatoire), SMER (mutuelle étudiante gérant la couverture obligatoire), (RAM, AROCMUT (organismes conventionnés par le RSI pour la gestion des droits)

	SMER	110	351	476	464	452	
RSI (RAM + AROCMUT)	Base N-1	0	0	0	1 951	1 902	
	Effectifs intégrés			2 001			2 001
	Effectifs rendus			-50	-49	-48	-146
	RSI (RAM + AROCMUT)	0	0	1 951	1 902	1 855	
RSI (Réseau + CN)	Base N-1	0	0	0	1 091	1 062	
	Effectifs intégrés			1 120			1 120
	Effectifs rendus			-29	-29	-28	-86
	RSI (Réseau + CN)	0	0	1 091	1 062	1 034	
Intégration SLM Fonctionnaires (autres)	Base N-1	0	0	0	0	88	
	Effectifs intégrés				90		90
	Effectifs rendus				-2	-2	-4
	Intégration SLM Fonctionnaires (autres)	0	0	0	88	86	
TOTAL COG	Effectifs intégrés	235	697	3 371	90	0	4 381
	Effectifs rendus (taux de -2,5%)	-6	-23	-108	-107	-105	-349

Source : DSS

[12] La COG (dans la fiche 14 « Conduire les rapprochements avec les régimes partenaires ») prévoit 4 objectifs au titre de cette intégration, qui ont été globalement atteints au prix d'une mobilisation importante des services de la CNAM :

- **Sécuriser les transferts d'activité grâce à des opérations techniques et informatiques.** Les opérations informatiques ont été particulièrement lourdes avec en particulier la production de nouveaux SI (dont ARPEGE TI pour la gestion des IJ), la CNAM ayant décidé de ne pas reprendre les outils existants, au demeurant disparates selon les organismes conventionnés. La reprise des bases et la bascule s'est faite en garantissant une continuité de services.
- **Adapter l'offre de services aux assurés nouvellement affiliés** en leur permettant de bénéficier des mêmes services avec une qualité identique que les autres assurés, tout en adaptant certaines actions à ces nouveaux publics. Pour les étudiants, la perception d'une amélioration de la qualité de service est observée et une adaptation de l'offre de services (en termes d'accès aux droits et de prévention) a été engagée en lien avec la stratégie santé jeunes globale définie par la CNAM à compter de 2019. Pour les travailleurs indépendants, le rapport IGAS précité dresse un bilan plus contrasté, du fait des difficultés importantes observées en 2020 dans le règlement des IJ, depuis globalement résolues. L'adaptation de l'offre de service reste à développer dans le cadre d'une approche coordonnée entre les branches prenant en compte de façon globale le travailleur indépendant.
- **Proposer un accompagnement adapté en matière de ressources humaines.** La CNAM a fait le choix stratégique d'une déspecialisation de la prise en charge des nouveaux affiliés. Cela a impliqué d'une part de former aux caractéristiques du régime général, les salariés intégrés, ce qui a été fait malgré la crise, et d'autre part de former les équipes de la CNAM aux dispositions réglementaires propres aux nouveaux assurés, ce qui semble avoir été mené de façon nettement moins satisfaisante en pleine crise du COVID, ce qui a pesé sur la qualité de services.

- **Conduire ces opérations sans perturber le niveau de performance de la branche** grâce à des mesures d'organisation des activités au sein du réseau. Ceci a constitué une dimension particulièrement délicate compte tenu du maillage géographique du RSI (cf. ci-après).

[13] L'intégration des différents régimes a représenté un projet complexe, coûteux et lourd à piloter par les équipes de la CNAM, aussi bien au niveau national et qu'au sein du réseau. Elle a donné lieu à un pilotage de projet transversal porté par une équipe dédiée, la mission PIAM (pilotage de l'intégration à l'assurance maladie). La conduite de ces opérations et l'accompagnement des salariés concernés a été d'autant plus lourde qu'elle a été en partie concomitante avec la gestion de crise à compter de 2020, année d'intégration du RSI au sein du réseau.

1.2.2 Un impact RH et organisationnel important pour le réseau de la CNAM

[14] Selon les données communiquées par la CNAM, l'équivalent de 3 807 ETPMA ont effectivement rejoint ses équipes. Le décalage entre les 4 032 postes transférés (après réfaction liée à la trajectoire) et agents effectivement intégrés a permis de constituer un volant de postes susceptibles notamment de corriger certains déséquilibres au sein du réseau.

Tableau 4 : Salariés des régimes intégrés ayant rejoint la CNAM

salariés des régimes intégrés ayant rejoint la CNAM en ETPMA	2018	2019	2020	2021	2022	Total
LMG	107,71	108,00				215,71
LMDE	17,83	17,96				35,79
SMER	35,45	175,03	190,59	0,68		401,75
RSI	2,00	15,74	1 085,16	0,55		1 103,44
AROCMUT			686,32	81,92		768,24
APRIA			742,57	40,90		783,47
MFPS		343,83	66,61			410,44
MNH				66,23	22,08	88,30
Total	174,99	660,56	2 771,24	190,27	22,08	3 819,14

Source : CNAM

[15] Si en macro, l'intégration des régimes a été perçue comme un facteur de gains d'échelle dans la durée, susceptible de contribuer au respect de la trajectoire globale, au niveau du réseau elle était porteuse de déséquilibres charges/ressources qui ont dû être corrigés pour ne pas mettre en cause les efforts de convergence conduits depuis plusieurs années.

Ces déséquilibres s'expliquent par des arrivées d'agents dans les CPAM très inégalement réparties sur le territoire, alors que la charge d'activité a été répartie sur toutes les caisses, en fonction de l'implantation géographique de ces nouveaux assurés. Pour un quart des caisses, l'apport prévisionnel en agents était très faible ou nul (pour une charge d'activité qui pouvait être significative) ; pour un quart il était au contraire supérieur à 10 % des effectifs des caisses, et même à 40 % pour deux caisses. Ce déséquilibre a été amplifié par les caisses gérant des activités mutualisées de relation téléphonique ou mails qui ont vu leur activité sensiblement accrue, sans apport d'ETP équivalent.

[16] **La CNAM a en conséquence procédé à un rééquilibrage charges/ressources avec un double objectif** : cantonner les écarts entre les caisses les plus excédentaires (plus d'effectifs intégrés que de charge transférée) et les plus déficitaires (plus de charge transférée que d'effectifs intégrés) sous certains seuils : pour les caisses excédentaires : 1,5 % maximum de l'effectif de la caisse, pour les déficitaires : 10 % maximum de l'effectif intégré.

Pour les caisses déficitaires, l'enjeu du déséquilibre avait été estimé à 810 ETP (3,6 % des effectifs des caisses). Il a été réduit à 154 ETP par différentes mesures : quelques délestages ciblés d'activité, 160 ETP intégrés en plus de la prévision, des dotations budgétaires de rééquilibrage (205 ETP) complétées par un appui budgétaire renforcé pour les caisses gérant la relation clients. Les compléments budgétaires ont été financés par redéploiement de postes libérés par des départs de salariés des régimes avant leur intégration (230 ETP¹⁵⁵).

Pour les caisses projetées comme excédentaires, l'enjeu avait été estimé initialement à hauteur de 600 ETP (45 % des effectifs intégrés et 6 % des effectifs des caisses). Différentes mesures ont permis de le réduire à 95 ETP par les mesures suivantes : d'une part 170 restitutions de postes ont été notifiées, d'autre part des activités complémentaires ont été confiées à une quinzaine d'organismes particulièrement excédentaires, à hauteur de 475 ETP sous forme de missions nationales (RCT et invalidité TI), ou via l'extension de leurs pôles mutualisés ou par la mise en place de nouveaux pôles PHARE, notamment dans le champ des IJ (cf. note d'étape sur l'organisation territoriale du réseau et l'annexe mutualisation).

[17] On peut donc mettre au crédit de la CNAM une gestion fine de l'impact RH de l'intégration des régimes, dans une période particulièrement difficile pour les caisses.

1.3 Des ajustements de trajectoire (hors crise) de portée limitée pour prendre en compte des évolutions pérennes du périmètre d'activité

[18] La trajectoire initiale a été ajustée pour ajuster les moyens au périmètre des missions : principalement et massivement au titre de la crise pour assurer les moyens de sa gestion (cf partie 2) et de façon plus ciblée au titre d'ajustements pérennes de périmètre, principalement du fait de la réforme du contentieux de la sécurité sociale.

[19] La réforme Ma justice 2021 a prévu une réorganisation juridictionnelle du contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale : à compter du 1^{er} janvier 2019, les tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS) et du contentieux de l'incapacité (TCI) ont disparu et les contentieux ont été transférés vers des tribunaux judiciaires spécialement désignés. Dans le même temps, a été instituée l'obligation d'un recours préalable devant l'organisme de sécurité sociale ou l'autorité ayant pris la décision contestée. Ont donc été instituées des commissions de recours amiable (CRA) et surtout des commissions médicales de recours amiable (CMRA) pour contester les décisions concernant l'invalidité ou l'incapacité permanente. Ces CMRA sont gérées principalement par les DRSM.

[20] La réforme s'est traduite dans la trajectoire par le débasage de 170 ETP entre 2019 et 2021 au titre de la suppression des TASS et TCI, mais ce chiffre fait encore l'objet de débat, la DSS estimant, contrairement à la CNAM, que le niveau de restitution serait minoré. La CNAM pointe pour sa part le poids des nouvelles instances précontentieuses, devenues un passage obligé sans compensation d'effectifs ; elle estime la charge non compensée entre 111 et 125 ETP. A ce stade, les DRSM les plus

¹⁵⁵ Selon des données d'exécution transmises par la DSS, les salariés des régimes intégrés qui ont rejoint l'AM représentent 3807 ETPMA pour 4032 postes transférés (net des restitutions de postes de la trajectoire).

chargées ont été autorisées à recruter des renforts en intérim pour traiter les dossiers et éviter des avis négatifs implicites conduisant à des contentieux.

[21] Autre ajustement acté dans le plafond d'emploi de la trajectoire, la création en 2022 d'une équipe de 5 ETP, afin de préparer le transfert de l'offre des soins du régime minier à l'UGECAM dans la prochaine COG, chantier qui s'annonce lourd et complexe compte tenu du caractère déficitaire des structures et de la grande sensibilité politique du sujet.

[22] In fine la trajectoire globale modifiée correspond au tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Trajectoire modifiée

	2018	2019	2020	2021	2022
Plafond d'emploi COG	63 415	62 510	64 232	62 713	61 144
Autorisation de dépassement transitoire	280	280			
Restitution de l'autorisation de dépassement transitoire		-280			
Débasage d'ETPMA lié réforme J21		-49	-49	-49	-49
Débasage d'ETPMA lié réforme J21			-100	-100	-100
Débasage d'ETPMA lié réforme J21				-21	-21
Contact tracing (Avenant COG 2021)				1200	900
Equipe pilote transfert offre de soins minière					5
Plafond annuel révisé	63 695	62 461	64 083	63 743	61 879

Source : Mission à partir de DSS

2 La crise sanitaire a rendu nécessaire des renforts exceptionnels et une adaptation de la trajectoire, pour permettre à la CNAM et à son réseau d'assurer les missions majeures qui leur ont été confiées

[23] Par son caractère sans précédent et son ampleur exceptionnelle, la crise du COVID a profondément bouleversé à compter du début de l'année 2020 le contexte de mise en œuvre de la COG et de sa trajectoire. L'assurance maladie et ses collaborateurs ont été au cœur de la gestion de la crise, dans leurs missions « socle » et du fait des missions exceptionnelles qui leur ont été confiées. Les impacts, directs ou indirects, ont été nombreux, massifs, évolutifs et prolongés ; ils continuent encore de se faire sentir à la mi-2022.

2.1 L'assurance maladie a joué un rôle majeur dans la gestion de la crise, dans le cadre de missions redéfinies

[24] L'assurance maladie a continué à remplir une grande partie de ses missions habituelles pendant la crise sanitaire¹⁵⁶ tout en mettant en œuvre les mesures dérogatoires relevant de son champ (IJ, rémunérations des professionnels de santé ...). Surtout, elle a été positionnée comme un acteur-clef de trois axes majeurs de la lutte contre la COVID : le dépistage et le contact tracing dans le cadre de la stratégie tester-alerter-protéger et la stratégie de vaccination.

¹⁵⁶ Sous réserve d'une suspension des accueils physiques pendant le premier confinement et d'une suspension des activités de GDR et de lutte contre la fraude au plus fort de la crise

Face à la grande évolutivité des mesures applicables, à la conception desquelles elle a contribué, la CNAM et son réseau ont joué un rôle déterminant auprès du public et de tous les acteurs de santé concernés, faisant preuve de très grandes capacités de réactivité et d'adaptation.

L'action de l'assurance-maladie sur les 3 axes clefs de la gestion de crise

La politique de dépistage : l'assurance maladie a assuré, en lien avec les ARS, une mission centrale dans la mobilisation des professionnels de santé, le développement de l'offre territoriale de dépistage, l'organisation d'opérations de dépistage collectif et d'«aller vers » en direction des populations les plus éloignées des soins, en s'adaptant aux nombreuses évolutions de la stratégie de dépistage.

Le contact tracing : l'assurance maladie s'est vu confier dès le début de la crise, la mission d'organiser et de gérer les plateformes d'appel en direction des personnes infectées et des cas contact afin de délivrer les consignes de santé publique requises. Ces plateformes ont mobilisé des milliers de collaborateurs de l'assurance maladie en s'appuyant, dans un premier temps, sur du personnel permanent redéployé (jusqu'à 12.000 personnes) puis, à compter de l'automne 2020, sur des agents recrutés, formés et encadrés à cet effet (cf 2.3).

La vaccination : à compter de l'automne 2020, l'assurance maladie a tenu une place majeure dans le déploiement de la politique de vaccination, à la fois s'agissant de la mobilisation et la rémunération des professionnels intervenant dans les centres de vaccination, accompagnement à la mise en place de ces centres, des mesures d'incitation auprès des assurés (convocations, relances, opérations d'«aller vers »).

2.2 L'organisation et le fonctionnement des services ont été fortement impactés

[25] L'impact de la crise sanitaire sur l'organisation et le fonctionnement des services de l'assurance maladie peut être analysé sous quatre angles :

- **Celui des effets courants de la crise sur la gestion des équipes, l'organisation des services et des activités** : sans être propres à l'assurance maladie, ils n'en sont pas moins massifs vu son rôle central : priorisation des activités¹⁵⁷, mise en place d'un télétravail à très large échelle (accompagné de négociations sociales en urgence, d'un équipement des personnels et d'une sécurisation des accès compte-tenu de la nature des données traitées...), recrutements massifs etc.
- Des demandes particulièrement nombreuses et pressantes de développement puis d'évolutions régulières, de **systèmes d'information ou de télé services** nécessaires à la gestion de crise, dans des contraintes de temps et réglementaires (respect du RGPD) très exigeantes.
- **L'impact de la crise sur les dispositifs d'intervention de l'assurance maladie liée à l'introduction de dispositions ad hoc liées à la crise** : IJ dérogatoires, assouplissement des conditions de recours aux téléconsultations, rémunération des professionnels de santé ayant suspendu leur activité pendant les périodes de confinement ou intervenant en centre de vaccination par exemple. Les services ont été également impactés par la volumétrie inédite des flux gérés, concernant en particulier la gestion des IJ. Dans le contexte de diffusion du variant OMICRON, plus de 4 millions d'IJ non subrogées ont été pris en charge au cours des 5 premiers mois de l'année 2022, contre 4,87 millions pour l'ensemble de l'année 2019. Cette situation a entraîné une très forte tension sur les

¹⁵⁷ La priorisation des activités est définie en particulier dans la lettre au réseau LR-DDO650/2020.

activités de back office et un fort retentissement sur les activités de front office, malgré la mise en place de renforts.

- La mobilisation des services en charge de la gestion des ressources humaines pour accompagner les équipes dans le cadre de la crise et procéder au recrutement de plusieurs milliers de collaborateurs en CDD ou en intérim. Le volume des recrutements auxquels il a fallu procéder a été très fortement majoré par l'application stricte des dispositions de l'article 17 de la convention collective UCANSS (cf encadré ci-dessous).

Article 17 de la convention UNCASS

Cet article prévoit la titularisation de tout agent ayant atteint 6 mois de présence effective dans les services, de façon continue ou pas. Les acteurs concernés par le recrutement de CDD dans le cadre de la crise sanitaire ont insisté sur les conséquences lourdes induites par l'impossibilité de déroger à l'article 17 de la convention UCANSS. Il s'agit à titre principal :

- De la multiplication du nombre de recrutements auxquels il a été nécessaire de procéder pour couvrir les besoins de fin 2020 à début 2022. Ce sont près de 20.000 recrutements qu'il a fallu organiser quant au maximum 5.800 postes de CDD étaient ouverts.
- l'exigence de former de façon répétée et massive de nouveaux entrants au lieu de capitaliser sur les compétences acquises par les personnes recrutées.
- le tarissement des viviers de recrutements sur un marché de l'emploi tendu, y compris sur les postes peu qualifiés ; d'où le recours à du personnel intérimaire, jusqu'à présent très restreint, face aux difficultés de recrutements en CDD.

La mission est consciente des craintes qu'une dérogation à l'article 17 suscitent chez les partenaires sociaux, et de la sensibilité du sujet dans un contexte marqué par l'échec de la renégociation globale de la convention collective UCANSS. C'est dans ce cadre qu'une dérogation ciblée sur le contact tracing, leur a été proposée et n'a pas abouti ; les pouvoirs publics n'ont pas souhaité imposer la dérogation.

Toutefois, dans la perspective souhaitable d'élaboration à froid d'une stratégie de gestion de crise afin de gérer plus facilement « à chaud » de nouvelles crises sanitaires, la mission recommande qu'une négociation soit conduite en vue de définir les conditions permettant, dans des conditions exceptionnelles, de déroger à l'article 17 ainsi que les garanties de nature à rassurer les partenaires sociaux sur le strict encadrement d'une telle dérogation. Cette négociation pourrait s'inscrire dans le cadre de la reprise des négociations de la convention UCANSS.

Proposition n°1 : Dans la perspective souhaitable d'élaboration « à froid » d'une stratégie de gestion de crise dotée des moyens d'action adaptés, la mission recommande qu'une négociation soit conduite en vue de définir les conditions permettant, dans des conditions exceptionnelles et avec de strictes garanties, de déroger à l'article 17 de la convention collective de l'UCANSS. Cette négociation pourrait s'inscrire dans le cadre de la reprise des négociations de la convention UCANSS.

[26] Au moment où la mission réalise l'évaluation de la COG, les effets de la crise sur les services de l'assurance maladie ne peuvent être considérés comme terminés : des dispositifs sont encore en place, l'impact reste lourd sur certains processus (IJ, appels téléphoniques) et la fatigue liée à la durée de la mobilisation n'est probablement pas encore résorbée. Les incertitudes qui continuent de peser sur l'évolution future de la pandémie et sur les conditions de sa gestion pourraient par ailleurs affecter la période couverte par la prochaine COG.

2.3 Des décisions d'augmentation des moyens humains très conséquentes pour faire face aux défis de la période

[27] Dès l'automne 2020, l'assurance maladie a été autorisée à recruter 4.000 postes de CDD, essentiellement dédiés au contact tracing : sur la réserve nationale du FNG (crédits non exécutés sur les exercices précédents) d'octobre à décembre 2020 pour un montant de 41,3 M€, puis sur le FNG au titre de sa dotation 2021 pour la prolongation du financement de ces postes de janvier à mars 2021. S'agissant de CDD qui ne sont pas intégrés aux plafonds d'emploi des trajectoires COG, ils n'ont pas nécessité de rehaussement de ces derniers mais ils ont été suivis par la CNAM et la DSS dans le cadre du niveau indicatif de CDD COG.

[28] L'avenant n°1 à la COG signé en septembre et applicable à compter de février 2021, a ensuite acté l'octroi de ressources complémentaires à la CNAM et modifié la trajectoire d'effectifs pour tenir compte de ses missions de contact tracing et d'appui à la campagne de vaccination, par un abondement exceptionnel du FNG.

Les termes de l'avenant sont relativement succincts : des augmentations des dépenses de personnels sont prévues à hauteur de 187,51 M€ au titre de l'année 2021 et de 41, 861 M€ au titre de l'année 2022. Il est par ailleurs indiqué que « le déclenchement d'éventuels compléments budgétaires (...) sera examiné au vue de l'évolution de l'épidémie, des coûts de gestion des dispositifs » pour couvrir des besoins au-delà du 30 septembre 2021.

Il a été complété par une lettre des ministres en date du 8 septembre 2021 qui précise ses modalités d'application : un financement par majoration des autorisations de dépenses et le principe de tranches conditionnelles dans les suites de la tranche ferme prévue par l'avenant, en tant que de besoin. La lettre prévoit ainsi :

- Le recrutement de 5 800 CDD de mars à septembre, puis trois tranches optionnelles de CDD (4ème T 2021, 1^{er} et second semestre 2022) susceptibles d'être débloquées en cas de circulation persistante du virus.
- 1200 ETPMA en CDI en 2021, la branche devant restituer « au moins 300 ETPMA CDI en 2022, les 900 ETPMA restants en 2023 si les circonstances le permettent ». L'avenant prévoit ainsi un ajustement du plafond d'emploi de la COG à hauteur de 63 743 ETPMA en 2021.

Ces mesures se sont déclinées de la façon suivante¹⁵⁸ :

<p>2021</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 1.200 ETPMA en CDI financés sur 11 mois, de février à décembre (49 M€) ○ Le financement d'avril à septembre inclus des 4.000 CDD financés antérieurement sur les réserves du FNG (88,8 M€) ○ 1.800 postes de CDD supplémentaires financés de mars à septembre (49,6 M€) ○ Au titre de la tranche 2 conditionnelle, prolongation du financement des 5.800 postes de CDD d'octobre à décembre (64,3 M€) (en sus des autorisation inscrites dans l'avenant n°1)

¹⁵⁸ Chiffre DSS

2022

- Le financement de 900 CDI sur l'intégralité de l'année 2022 (41,9 M€), soit une restitution de 300 ETPMA et un ajustement du plafond d'emploi 2022 en conséquence
- Au titre de la tranche 3 conditionnelle, le financement de 2.600 postes de CDD au cours du 1er semestre (57,7 M€), en baisse par rapport à 2021 du fait du changement des modalités du contact tracing mises en œuvre à compter de la fin de l'année 2021. Face à l'impact de la vague OMICRON début 2022 l'assurance maladie a dû dépasser ce cadrage et le BR1 a réévalué la dotation budgétaire afférente aux dépenses de crises à hauteur de 101 M€ soit 2 358 ETP mois en CDD et 1 682 ETP/mois d'intérim selon les éléments communiqués par la DSS
- A ce stade la tranche 4 n'est pas arbitrée mais 2300 mois de CDD et 1700 mois d'interim ont été accordés à la CNAM au titre de juillet et aout. La DSS indique qu'une décision devra être prise d'ici à la fin du mois d'août en concertation avec la CNAM qui n'a pas transmis de demande à date. La décision devra être prise à la lumière notamment des choix à effectuer par le gouvernement concernant la poursuite du contact tracing.
- La note de synthèse de la CNAM commentant le Tableau de bord budgétaire trimestriel établi à la mi-2022 (TBB2) met en évidence une cinétique différente des renforts en CDD/contrats d'intérim pour le 1^{er} semestre 2022 : 5.261 mois de CDD/intérim sur janvier et février, 3.100 sur mars et avril et 2.000 sur mai et juin, ce qui semble traduire une décroissance progressive des renforts dans une perspective de sortie de crise. Cela étant, la discordance des données DSS/assurance maladie demande à être éclaircie¹⁵⁹ sachant que la volumétrie globale diffère sur le semestre (4.040 contrats en moyenne vs 3.453) et que la cible à fin juin (2.000 contrats) est inférieure de moitié aux 4.000 contrats mentionnés pour juillet et août par la DSS.

[29] Ces ressources ont été réparties entre l'ensemble des caisses primaires et utilisées quasi exclusivement pour prendre en charge l'activité de contact tracing et en complément selon les périodes, pour soutenir les opérations d'« aller vers » au titre de la vaccination (de 226 à 768 ETP), pour le paiement sur bordereau des professionnels de santé intervenant en centre de vaccination (533 ETP) ainsi que pour le soutien de la CPAM du Morbihan intervenant en appui national de la délivrance du passe sanitaire et du remboursement des tests (50 ETP).

[30] Nonobstant les décisions de prolongation qui pourront être prises pour le second semestre 2022, les dépenses additionnelles engagées au titre du dernier trimestre 2021 et du 1er semestre 2022 s'élèvent à 165,3 M€ en sus des 229,3 inscrits dans l'avenant.

[31] Si la mission n'a pu examiner les éléments, le plus souvent informels, échangés entre le ministère et la CNAM pour déterminer l'adéquation entre les charges nouvelles liées à la crise et les autorisations de recrutements accordées, l'avenant, décliné à travers les budgets rectificatifs, a donné à la CNAM un cadre suffisamment large pour lui permettre d'adapter les moyens opérationnels à l'évolution de la crise avec souplesse et en confiance dans le dialogue avec les tutelles.

¹⁵⁹ La note TBB2 a été reçue de la CNAM alors que la mission finalisait ses travaux intermédiaires. Il ne lui a pas été possible de procéder aux recoupements d'informations nécessaires. Cela sera fait dans le cadre des travaux de la seconde phase.

3 La trajectoire de la COG déclinée pour partie dans un contexte exceptionnel de crise sanitaire qui s'achève sur une année 2022 très exigeante en termes de restitution d'effectifs

3.1 Un respect annoncé de la trajectoire, dans un contexte de crise sanitaire non achevée et de forte tension sur le réseau

[32] La trajectoire d'effectifs se distingue par trois dimensions : des efforts d'efficience à périmètre constant, des augmentations ou baisse d'effectifs liés à des changements de périmètre pérenne (intégration des régimes, Ma justice 21) et enfin des renforts liés à la crise. Ce contexte rend particulièrement complexe l'appréciation de la déclinaison et de la portée de la trajectoire, du fait de l'ampleur massive des renforts de crise apportés non seulement en CDD mais également en CDI et de leur ajustement en continu.

[33] Si ces renforts ont permis de faire face à la gestion de crise, reste que la charge d'activité des services de l'assurance maladie, au niveau national et dans le réseau, a été exceptionnellement lourde et que la crise continue de faire sentir ses effets.

Les activités non prévues dans l'équilibre charge /ressources de la COG

Au-delà des changements de périmètre pris en compte dans la trajectoire de la COG et des moyens complémentaires autorisés au titre de la crise sanitaire dans l'avenant n°1 à la COG, l'assurance maladie a évalué à 600 ETP a minima les charges non prises en compte dans la trajectoire, liées à la mise en œuvre de réformes entrées en vigueur en cours de COG : 250 ETP au titre de la C2S, 150 au titre du renforcement de l'exercice coordonné, 125 en conséquence de la réforme du contentieux de la sécurité sociale, 50 au titre de la mise en œuvre de l'attribution des IJ pour les professions libérales et 27 en accompagnement du déploiement du SEGUR du numérique en santé. Si la mission n'a pu expertiser ces chiffrages, elle estime que ces éléments peuvent entrer dans l'appréciation du contexte de mise en œuvre de la trajectoire et du respect de cette dernière.

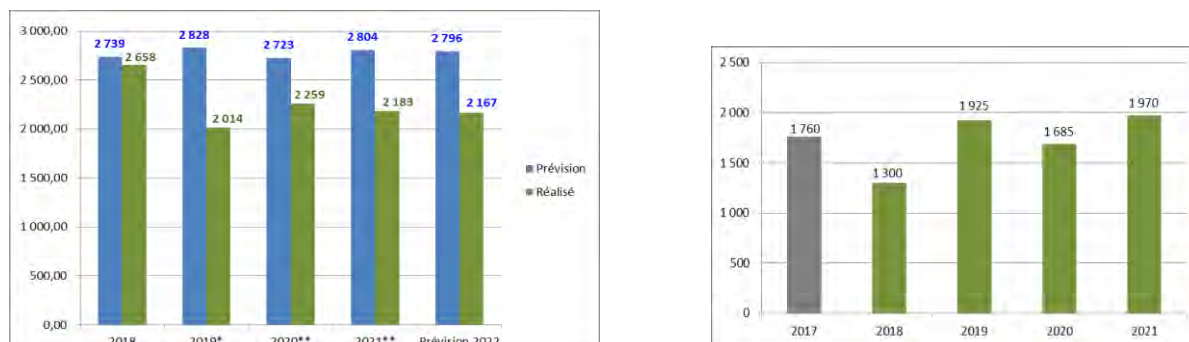
3.1.1 Une déclinaison dans le réseau de la trajectoire rendue plus difficile par un équilibre entre départs à la retraite et turn-over différent de celui initialement prévu

[34] L'application de la trajectoire a été rendue plus difficile au sein du réseau par un nombre de départs à la retraite sensiblement moins important que celui initialement prévu, qui a été compensé par un turn over plus important.

- Les prévisions initiales de la COG tablaient en effet sur 13 890 ETP départs à la retraite entre 2018 et 2022, alors que 11 287 ont été observés soit 2 603 de moins. Cela s'explique selon la CNAM par la réforme de la retraite complémentaire des salariés relevant de l'AGIRC ARRCO instaurant une décote pour les cadres partant avant 63 ans, la diminution des agents ayant des carrières longues et une modification des comportements suite à la crise sanitaire et au confinement (hypothèse faite que le télétravail conduit certains salariés à partir plus tard).
- Par contre le turn-over a été plus important que celui constaté sur la COG précédente, de près de 20 % (1 440 ETP en moyenne annuelle sur la COG 2013-17 contre 1720 en moyenne annuelle de 2018 à 2021). On compte 8 451 départs à ce titre entre 2018 et 2021 avec une forte augmentation des mutations extra-branche en 2018 et 2019, une forte hausse des démissions

en 2021 et une augmentation des fins de période d'essai depuis 2019, accentuée par les recrutements du contact tracing. Ce turn-over a permis de respecter la trajectoire « macro » mais au prix d'une fragilisation, parfois déstabilisante pour les équipes.

Graphique 3 : Départs à la retraite (gauche)/ turn over (droite)



Source : CNAM

[35] Les règles de répartition au sein du réseau de l'effort annuel global prévu au titre de la trajectoire reposent sur les principes suivants : définition sur la durée de la COG d'un taux de remplacement des départs projetés (retraites et turn-over), ajusté par organisme en fonction de ses indicateurs de performance (taux de remplacement moins favorable pour les caisses les moins productives) mais figé sur toute la durée de la COG. Le taux est minoré lors de la première année de la COG en l'attente de la lettre interprétative (36 %). **Le taux moyen de remplacement sur les départs en retraite et le turn-over a été arrêté en début de COG à 59,8 % pour les CPAM avec des écarts allant de 51 à 67 %.**

Calcul du taux de remplacement en début de COG par organisme pour toute la durée de la COG.

Pour les CPAM le taux est calculé comme suit :

= A hauteur de 50 % : ETP nets /1000 bénéficiaires consommateurs pondérés (BCP)

= A hauteur de 30 % : moyenne du score CPG 2014-17

= A hauteur de 20 % : poids des départs (retraite et turn-over) dans l'effectif

[36] Compte tenu du déséquilibre entre départs à la retraite et turn-over par rapport aux prévisions initiales, la répartition de l'effort au sein du réseau a été déformée : certaines caisses ont rendu moins d'ETP du fait de moindres départs à la retraite et d'autres plus, du fait d'un fort turn-over. Les caisses pénalisées sont en particulier celles qui portent des plateaux gérant la « relation clients » (PFS et EPTICA), activités à fort turn over confrontées par ailleurs à une forte hausse de l'activité et/ou celles sur des bassins d'emplois dynamiques.

Les règles appliquées ont donc amplifié les déséquilibres charges/ressources préexistantes, d'où les travaux de la mission déléguée 34 pour définir des effectifs cibles par caisse sous la prochaine COG prenant en compte leurs charges (nature d'activité, charges mutualisées...). Alors que le système antérieur de mesure de la performance reposait sur la notion de caisse d'affiliation, celui prévu pour la prochaine COG devrait reposer sur celui de caisse de gestion, pour tenter de corriger les biais.

La mission déléguée 34 relative à la refonte des indicateurs de gestion, en lien avec l'adaptation de la trajectoire au sein du réseau

Cette mission a eu pour objectif de mieux prendre en compte le profil réel d'activité des CPAM en liant avec la mutualisation, et de passer d'une logique de caisse d'affiliation à une logique de caisse gestionnaire, dans la détermination des indicateurs de productivité. A ce titre, la valorisation de la charge de travail se fait selon 3 niveaux d'activité : processus communs à toutes les CPAM/portefeuille d'activités individualisées (TRAM, Phare, missions nationales déléguées...) / fonctions support. Cela permet de calculer un nouvel indicateur, le BAG (bénéficiaires et activités gérés). Sur la base de la trajectoire de la prochaine COG, une cible en ETPMA sera définie pour chaque caisse prenant en compte les paramètres suivants : répartition de l'effort au prorata du BAG et modulation selon l'efficacité, le prévisionnel de trend de charge selon les types d'activité et l'efficacité mesurée à travers le CPG.

3.1.2 Une trajectoire rendue difficilement lisible du fait du jeu des apports de crise et marquée par un atterrissage en 2022 très exigeant

[37] En termes d'exécution annuelle de la trajectoire, on observe les éléments suivants. Sans lien avec des augmentations ou transferts ponctuels d'activités, la DSS a accordé en 2018 à la CNAM une autorisation de dépassement transitoire de 280 ETP. Cette mesure a permis d'afficher faiblement un niveau de réalisation inférieur à la cible révisée lors de la 1^{ère} année de la COG. Cette autorisation exceptionnelle n'étant valable que pour l'année 2018, la trajectoire à respecter à compter de 2019 est revenue au niveau de celle inscrite initialement dans la COG. Les années 2019 et 2020 ont connu une sous-exécution des plafonds (les CPAM ayant différé des recrutements en l'attente de l'arrivée d'agents des régimes intégrés) et l'année 2021 un léger dépassement de 80 ETP.

[38] S'agissant de l'« atterrissage » pour 2022, la note de synthèse de la CNAM associée au TBB de juillet prévoit, à ce stade, un respect de la trajectoire¹⁶⁰.

Tableau 6 : Respect des plafonds d'emplois de la COG selon la CNAM¹⁶¹

Trajectoire COG ETPMA	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Cible COG	64 806	63 695	62 461	64 083	63 743	61 879
Ecart Prévision / Cible		- 73	- 552	- 465	+80	
Prévision / Réalisation		63 622	61 909	63 618	63 823	

Source : Mission à partir de DSS

[39] Il est notable que le respect de la cible de la COG au terme de l'année 2022 correspond à une contribution très importante à l'effort d'efficacité en termes de CDI comme le montre l'évolution des soldes annuels nets des effectifs présentée dans le tableau ci-dessous : 1 863 ETP CDI à restituer conformément à la cinétique des soldes annuels, auxquels s'ajoutent les 80 postes de sur exécution au terme de l'année 2021, soit une contribution totale attendue de 1943 ETP, dans un contexte où la crise fait encore sentir ses effets sur certains processus lourds (gestion des IJ et relation clients).

¹⁶⁰ « La prévision en ETPMA associée au TBB de juillet 2022 est conforme à la cible COG réactualisée soit 61 914 ETPMA ».

¹⁶¹ On signalera que selon les sources consultées, les chiffres présentés par l'assurance maladie et par la DSS peuvent ne pas être identiques : pour 2017, l'effectif de référence d'entrée de COG s'élève respectivement à 64.799 vs 64.804 ; et la cible 2022 à 61.914 vs 61.879. A ce stade la mission n'a pas eu d'explication des écarts.

Cette contribution correspond à près de 47 % de l'ensemble des départs prévisionnels (retraite et turn over) et à près de 90 % des départs à la retraite prévus pour 2022.

Tableau 7 : Soldes annuels nets des effectifs de l'assurance maladie

Mouvements	Soldes annuels nets des effectifs de l'assurance maladie						Total
	2017	2018	2019	2020	2021	2022*	
	64806						
Rendu effectifs périmètre activités 2017		-1620	-1580	-1540	-1502	-1463	-7705
Tranferts de postes activités intégrées + Renforts crise sanitaire		235	697	3371	90	5	4398
Autres rendus effectifs (réforme J21, -2,5% effectifs transférés, crise sanitaire)		-6	-71	-207	-129	-405	-818
Solde annuel net		-1391	-954	1624	-341	-1863	-2925
Rattrapage sur exécution 2021						-80	
Solde net corrigé 2022						-1943	

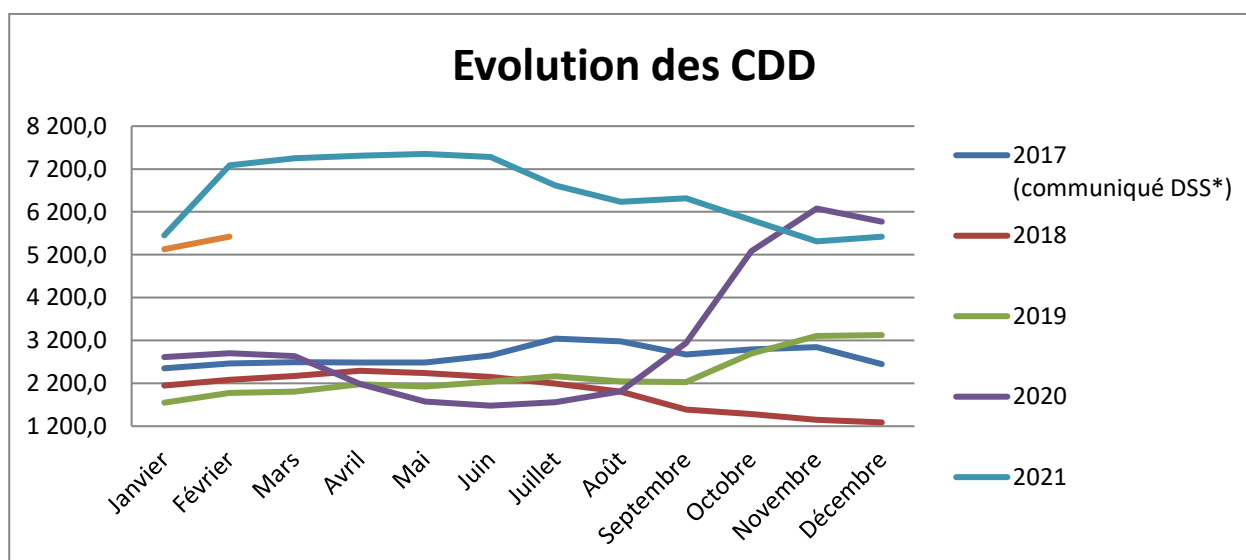
* Hors plafond d'emplois, 3.200 postes de CDD/intérimaires à rendre en 2022 sur les 5.800 accordés dans le cadre de la crise sanitaire

Source : mission IGAS

[40] Si le recrutement des CDD (ou d'intérimaires) ne relève pas de la trajectoire des effectifs, ils contribuent au fonctionnement courant des services et leur apport a été majeur pendant la crise pour conduire les activités de gestion de crise (principalement le contact tracing) mais aussi dans une moindre mesure, pour amortir la pression sur des activités socle en grande difficultés (IJ et PFS).

[41] A ce titre on peut noter que la crise a conduit à un changement d'échelle dans le recours aux CDD, passés d'un niveau moyen annuel de 2001 en 2018 à 6 653 en 2021, avec des fluctuations infra-annuelles importantes au plus fort de la crise (jusqu'à 7500 ETP en CDD en mai 2021).

Graphique 4 : Evolution des CDD sur la durée de la COG



Source : CNAM

[42] Les CDD liés à la crise ont fait l'objet de décisions spécifiques (cf 2.3) suivies dans le cadre du dialogue de gestion. Le niveau des autres CDD relève de la CNAM dans le cadre des enveloppes budgétaires limitatives des dépenses de personnel. La DSS a toutefois défini un « niveau indicatif

COG » de CDD estimé à 2 958 ETPMA (exécuté 2017), indicatif comme son nom l'indique. On peut faire le constat que la CNAM n'a pas saturé le niveau cumulé théorique maximal des CDD de crise arbitrés et de ce niveau indicatif des CDD hors crise.

Tableau 8 : niveau indicatif des CDD sur la durée de la COG

Niveau indicatif des CDD COG / Exécuté 2018/2021				
	2018	2019	2020	2021
Niveau socle	2.958	2.958	2.958	2.958
Renforts crise sanitaire	/	/	1.000*	5.500**
Total autorisé	2.958	2.958	3.958	8.458
Exécuté	2.001	2.386	3.174	6.653
Solde	-957	-572	-784	-1805
* 4000 sur le T4 soit 1000 par mois en moyenne annuelle				
** 4000 sur 12 mois + 1800 sur 10 mois soit 5500 par mois en moyenne annuelle				

Source : Mission IGAS

[43] In fine, le jeu des apports de la crise, CDI et CDD, dans la trajectoire initiale rend très complexe une lecture de l'équilibre global des apports et des restitutions de postes et de leur impact sur le fonctionnement des services, compte tenu du caractère ciblé en termes d'usage (contact tracing) d'une partie de ces derniers. L'atterrissage de la trajectoire en 2022 sera d'autant plus exigeant selon le niveau de CDD défini pour le dernier trimestre. Le passage vers 2023 risque également d'être tendu, nonobstant la situation sanitaire l'année prochaine.

**Un point d'attention majeur : le devenir des 900 CDI accordés pour 2022
au titre du contact tracing.**

Dans l'hypothèse où le contexte sanitaire le permettrait et où il serait décidé de mettre fin aux renforts exceptionnels en 2023, les 900 postes de CDI deviendront une sorte de « sureffectif » qu'il conviendra d'intégrer dans la prochaine trajectoire d'effectifs et de résorber. Cette perspective figure dans la lettre des ministres du 8 septembre 2021 et les acteurs de l'assurance maladie, au siège comme au sein du réseau, sont avisés et inquiets de cette situation qui pourrait obérer leur capacité à recruter au cours de la première année de la COG jusqu'à ce que ce « sureffectif » soit résorbé. La mission recommande que des dispositions transitoires soient prises pour lisser la résorption de ce sureffectif afin d'atténuer l'impact sur la capacité à recruter de nouvelles compétences dont le siège et le réseau auront besoin au cours des premières années de la prochaine COG.

3.2 Des évolutions différenciées des effectifs selon les structures et les activités

[44] Le respect de la trajectoire de la COG par l'assurance maladie a nécessité, en lien avec les départs en retraite et le turn-over, des ajustements d'effectifs réguliers au sein des différentes

structures de l'assurance maladie¹⁶². Toutes n'ont pas été contributives à la même hauteur de l'effort d'efficience, de même que toutes les missions n'ont pas été impactées à la même hauteur par cet effort, en lien avec l'évolution des charges d'activités et l'existence de gisements d'efficience encore disponibles selon les processus métiers. La mission a donc cherché à établir une analyse de la trajectoire de la COG appréhendée sous l'angle des structures et des principales activités des caisses.

3.2.1 Des trajectoires d'effectifs contrastées selon les types de structures

[45] L'analyse de l'évolution des effectifs selon les types de structures est compliquée dans le cadre de la présente COG dans la mesure où elle est impactée par des effets de périmètres (intégration des régimes et contribution à la gestion de la crise sanitaire) et les transferts de charge de travail et d'effectifs afférents.

[46] Comme indiqué au 1.1, la contribution au renforcement de l'efficience des structures de l'assurance maladie s'élevait sur la durée de la COG, hors effet de périmètres, à 12 % (de 64.806 ETP en 2017 à 57.1000 ETP en 2022), soit - 9,6% entre 2017 et 2021¹⁶³ (de 64.806 ETP à 58.564 ETP). On aurait donc pu s'attendre à ce que, à l'exception des structures les plus concernées par les effets de périmètre et les renforcements de ressources, les caisses primaires et dans une moindre mesure les DRSM, les effectifs des autres structures enregistrent une évolution de leurs effectifs proche à la trajectoire collective (-9,6% à fin 2021).

[47] Le tableau ci-dessous fait pourtant apparaître, au terme de l'année 2021, des trajectoires contrastées selon les catégories de structures.

Tableau 9 : Evolution des effectifs par structures entre 2017 et 2021¹⁶⁴

	ETP MA 2017* (I)	ETP MA 2018 (II)	ETPMA 2019 (III)	ETPMA 2020 (IV)	ETPMA 2021 (V)	ETPMA 2022 (VI)	Evol réelle 2021/2017	Evol relative 2021/2017
CPAM/CCSS**	48 719	47 692	46 539	47 866	47 949	0	-770	-1,58%
DRSM PA	5 443	5 361	5 158	5 294	5 432	0	-11	-0,20%
DRSM PC	1 761	1 735	1 650	1 661	1 601	0	-160	-9,09%
CARSAT	4 494	4 352	4 172	4 038	4 037	0	-457	-10,17%
CNAM	2 138	2 188	2 197	2 411	2 424	0	286	13,40%
CGSS ***	1 731	1 757	1 668	1 805	1 822	0	91	5,25%
CTI	514	537	526	543	559	0	44	8,64%
Total	64 806	63 622	61 909	63 618	63 823	61.879	-983	-1,52%

Source : Base mensuelles UCANSS (etpmoy), agents présents et rémunérés, CCN, FNG, CDI (hors mayotte)

*total réel de 64 799/ arrêté 64 806ETPMA selon la cible COG 2014-2017

**Les données de la CSS de la Lozère concernent uniquement la branche maladie (70%)

*** Les effectifs des CGSS concernent uniquement la branche maladie (2017 : 55,57%, 2018 : 56,37%, 2019 : 54,81%)

Source : CNAM/Mission IGAS

¹⁶² Caisses primaires, DRSM, CARSAT, établissement public CNAM,...

¹⁶³ 2021 est la dernière année pour laquelle la répartition réelle des effectifs entre types de structures est connue à la date de rédaction de la note d'étape

¹⁶⁴ Comme indiqué dans le tableau Soldes annuels nets des effectifs de l'assurance maladie, la restitution de postes attendue hors effet de périmètre s'élève à 7705 ETP sur la durée de la COG. Cette baisse a été fortement atténuée par l'attribution de ressources complémentaires en contrepartie de nouvelles missions assumées, ce qui implique qu'à fin 2021, les effectifs de l'assurance maladie n'affiche qu'une baisse moyenne de 1,52 %.

- **Effectifs des caisses primaires** : l'intégration des régimes (activités de back et de front office) et l'apport de CDI de crise se sont accompagnés à la fois de transferts de charges et d'effectifs vers les caisses primaires ; leur poids relatif dans les effectifs globaux de l'assurance maladie aurait donc logiquement dû augmenter. Or cela n'est pas le cas : elles représentaient 75,1% des effectifs de l'assurance maladie en 2021, le même poids relatif qu'en 2017. Cela implique qu'elles ont été, à ce stade, un peu plus que proportionnellement contributive de l'effort collectif.
- **Effectifs de praticiens conseil des DRSM** : en dépit de la volonté de sanctuariser ces postes, leur nombre a diminué de 9% sur les 4 premières années de la COG. Cette situation s'explique par les difficultés d'attractivité rencontrées dans un contexte de très fortes tensions sur le secteur de l'emploi médical. Les 160 postes perdus entre 2017 et 2021 correspondent à des postes vacants de fait et non à des postes supprimés. Le corolaire de cette situation s'observe dans l'évolution des effectifs des personnels administratifs des DRSM dont le nombre est quasiment stable entre 2017 et 2021 (-0,2%) sous l'effet notamment du recrutement d'infirmiers du service médical en compensation de postes de praticiens conseil vacants.
- **Effectifs des CARSAT** : ce sont ceux qui ont évolué selon une trajectoire la plus proche du tendanciel des 4 premières années de la COG (-10,17% vs -9,6%) sans impact apparent lié à l'intégration des régimes.
- **Effectifs du siège de la CNAM** : ils connaissent une évolution très atypique, en rupture avec la trajectoire d'effectifs de la COG. Ils ont progressé de 286 ETP (+13,4 %) quand une application du tendanciel aurait conduit, au terme de l'année 2021, à une réduction de 205 ETP (-9,6% des effectifs de 2017). Le poids des effectifs de l'établissement public est en conséquence passé de 3,3% en 2017 à 3,8% en 2021 des effectifs de l'assurance maladie. L'intégration d'effectifs des sièges des régimes intégrés d'une part et d'autre part le renforcement de fonctions support en central pour préparer et accompagner ces intégrations ainsi que pour consolider le pilotage de la gestion de la crise peuvent expliquer pour partie cette augmentation en rupture avec le tendanciel sur la COG.

[48] La mission estime nécessaire de signaler cette évolution très contrastée des effectifs de CDI, en particulier dans une situation caractérisée par des transferts de charges supportés par les caisses primaires et de forte dégradation de la relation de service (liquidation des IJ et sollicitation du front office).

Dans ce contexte, l'évolution de la répartition des effectifs entre structures au terme de l'année 2022 et au cours des premières années de la prochaine COG sera à suivre avec une attention particulière. Compte tenu de l'ampleur de la restitution de postes prévue pour 2022 au titre de la trajectoire (1.943 ETP), cette année pourrait donc être l'occasion d'une confirmation ou d'une correction des évolutions contrastées entre structures observées depuis le début de la présente COG.

3.2.2 Des évolutions contrastées des processus métiers en termes de charge et de ressources humaines au sein des caisses primaires

[49] Les caisses primaires mobilisent les trois quarts des effectifs de l'assurance maladie. Depuis le début de la COG, leurs effectifs permanents sont passés de 48.719 en entrée de COG à 47.949 ETP (CDI) en 2021, transferts de postes liés à l'intégration des régimes et renforts obtenus dans le cadre de la crise sanitaire inclus.

[50] L'analyse de l'évolution des effectifs des caisses affectés aux principales activités à partir de la comptabilité analytique¹⁶⁵ fait apparaître des évolutions différenciées qui sont à relier à la fois à l'évolution des charges d'activités au cours de la période dont certaines sont particulièrement notables, au redéploiement des activités en lien avec la crise et à l'exploitation de gisements d'efficience encore disponibles. La mission a également exploité des travaux conduits dans le cadre de la mission déléguée sur la mutualisation (MD 35) qui a analysé l'évolution de la productivité des principaux processus de production, mutualisés ou pas (cf tableau ci-dessous).

Tableau 10 : Evolution de la productivité des processus de production

Processus	ETP			Evol 2017/21	UO			Evol 2017/21*	Productivité		
	ETP 2017	ETP 2021	poids relatif		UO du processus	UO 2017	UO 2021		productivité 2017	productivité 2021	Evol 2017/21*
1110-Fichier Assurés_Droits de base	3039,9	2440,9	17,4%	-19,7%	Nombre de mises à jour Progrès et événements Vitale	41379167	44621240	7,8%	13612	18281	34,3%
1150-Complémentaire Santé Solidaire	1468,5	1642,1	11,7%	11,8%	Nombre de dossiers traités C2S	3105331	3685025	18,7%	2115	2244	6,1%
1170-Reconnaissance AT/MP	1669,8	1538,5	11,0%	-7,9%	Nombre de dossiers reconnus + implicites + rejetés	1166296	1032783	-11,4%	698	671	-3,9%
2111-FSE(Vitale&B2)	2300,1	2099,6	15,0%	-8,7%	Nombre de factures payées FSE/B2	1062240941	1410304051	32,8%	461827	671686	45,4%
2113-Feuille de soin papier_Scanner	952,3	654,4	4,7%	-31,3%	Nombre de décomptes FSP Scanner	45411411	36672510	-19,2%	47685	56036	17,5%
2114-Feuille de soin papier_Manuel	1042,3	968,8	6,9%	-7,1%	Nombre de factures payées Papier	6596884	7878005	19,4%	6329	8132	28,5%
3110-Règlements IJ Maladie	2974,5	3302,4	23,5%	11,0%	Nombre d'arrêts prescrits en cours sur la période (Maladie)	22587387	27961924	23,8%	7594	8467	11,5%
3120-Règlements IJ AT-MP	713,8	657,3	4,7%	-7,9%	Nombre d'arrêts prescrits en cours sur la période (ATMP)		3102572	0,1%	NC	4720	7,6%
3200-Règlements rentes	329,3	238,2	1,7%	-27,7%	Nombre d'actes de gestion rentes AT/MP	383243	434172	13,3%	1164	1823	56,6%
3300-Règlements pensions invalidité	577,0	443,5	3,2%	-23,1%	Nombre de décomptes pensions d'invalidité traités	6204978	7577906	22,1%	10755	17088	58,9%
3400-Règlements capital décès	65,2	56,1	0,4%	-13,9%	Nombre de décomptes capitaux décès	37147	49019	32,0%	570	874	53,3%
Processus TRAM production	1923,7	1392,2	9,9%	-27,6%		Processus TRAM production (pondération au poids des ETP)					39%
Autres processus production	13208,9	12649,6	90,1%	-4,2%		Autres processus production (pondération au poids des ETP)					17%
Total	15132,6	14041,8	100%	-7,2%							

* Les évolutions sont calculées sur la période 2017 à 2021 sauf pour le processus IJ ATMP pour lequel elles sont calculées sur 2019 à 2021 (UO manquante sur 2017 et 2018 du fait d'un changement de série au DP)

Source : CNAM

3.2.2.1 Les activités ayant produit les plus forts gains d'efficience et d'effectifs en lien avec la poursuite de la dématérialisation des processus

[51] L'assurance maladie a depuis plusieurs années appuyé sa recherche d'efficience sur la dématérialisation d'un certain nombre de processus de gestion particulièrement mobilisateurs de ressources humaines ainsi que sur l'automatisation des démarches des assurés et l'autonomisation de ces derniers dans la réalisation de ces démarches.

[52] Un investissement important a notamment été consacré à l'enrichissement régulier des fonctionnalités du compte AMELI ainsi qu'à la promotion de son utilisation auprès des assurés. Le tableau ci-dessous présente l'évolution des 5 principaux flux de contact au cours de la COG. Des évolutions particulièrement importantes sont mises en évidence en lien avec le développement massif du Compte Ameli ; elles permettent d'éclairer en partie l'évolution des effectifs mobilisés sur différents processus métiers, du front office et du back office, comme la gestion du dossier clients, au cours de la COG.

¹⁶⁵ Les données d'effectifs utilisées dans cette partie sont issues de la comptabilité analytique. Elles comptabilisent par conséquent différents types de statuts d'emploi ou modalités de rémunération (CDI, CDD, heures supplémentaires, intérimaires)

Tableau 11 : Evolution des types de flux de contact au cours de la COG

	Evolution des flux de contact au cours de la COG				
	2018	2019	2020	2021	2022**
Connexions Compte AMELI.fr	188,7 M (15,7 M)*	227 M (19 M)	272 M (22,7 M)	335 M (28 M)	/ (36,6 M)
Application mobile	142,5 M (11,8 M)	165,8 M (13,8 M)	218 M (18,1 M)	276,4 M (23 M)	/ (31,5 M)
Accueil physique	12,8 M (1,06 M)	8,8 M (0,74 M)	4,9 M (0,4 M)	4,5 M (0,37 M)	/ (0,35 M)
Courriers	0,875 M (0,073 M)	0,711 M (0,059 M)	0,47 M (0,04 M)	0,45 M (0,037 M)	/ (0,04 M)
E-mails	8,5 M (0,70 M)	9,2 M (0,77 M)	13,6 M (1,13 M)	14 M (1,16 M)	/ (1,03 M)
Appels	18,6 M (1,6 M)	17,8 M (1,5 M)	22,6 M (1,9 M)	29,3 M (2,45 M)	/ (3,7 M)
* (Moyenne mensuelle)					
** 1er trimestre					

Source : *Mission IGAS*

- La gestion des bénéficiaires : les effectifs affectés à cette fonction ont été réduits de 632 entre 2017 et 2021 (3079 à 2447 ETP), soit une baisse de 20,5%, ce qui en fait un processus très fortement contributeur à l'effort d'efficacité. Entre 2017 à 2021, la productivité du processus de gestion des droits de base a été particulièrement forte (+34,3%) (augmentation de 7,8% des mises à jours de droits avec une réfaction de 20,5% des effectifs).

[53] Cette évolution est notamment la résultante de l'élargissement des fonctionnalités intégrée dans le compte AMELI.fr et de son utilisation par les assurés. L'augmentation de l'utilisation du compte est particulièrement significative, avec un passage de 188 millions de connexions en 2018 à 335 millions en 2021. La progression est régulière et s'est encore accrue au 1^{er} trimestre 2022. L'utilisation de l'application mobile, qui connaît une dynamique de progression également très importante sur la période de la COG (+167%) a également dû contribuer à alléger le poids de la gestion des bénéficiaires.

- La gestion des feuilles de soins électroniques : les effectifs affectés à cette fonction ont été réduits de 241 entre 2017 et 2021 (2346 à 2105 ETP), soit une baisse de 10,2%, ce qui en fait également un processus contributeur à l'effort d'efficacité, au niveau du tendancier (9,6%).

Ce résultat est la résultante d'une amélioration particulièrement élevée de la productivité du processus de facturation (+45,4%) (augmentation de 32,8% de factures payées FSE/B2 avec une réfaction de 10,2% des effectifs).

- La gestion des feuilles de soins papier (scanner + manuel) : les effectifs affectés à cette fonction ont été réduits de 418 entre 2017 et 2021 (2074 à 1656 ETP), soit une baisse de 20%, ce qui en fait un processus fortement contributeur à l'effort d'efficacité dans le prolongement des tendances « historiques ». Ce résultat est la résultante d'un double facteur : une baisse de la volumétrie globale des feuilles de soins prises en charge (-14,4% des FSP scanner + manuel) ainsi qu'une amélioration de la productivité des processus (+17,5% pour les FSP scanner et 28,5% pour les FSP manuel).

- La gestion du courrier papier : les effectifs affectés à cette fonction ont été réduits de 827 entre 2017 et 2021 (3197 à 2370 ETP), soit une baisse de 25,8%, ce qui en fait un processus fortement contributeur à l'effort d'efficience. Ce résultat est la résultante de la division par deux de la volumétrie globale des courriers papiers pris en charge (de 875.000 en 2018 à 450.000 en 2021)¹⁶⁶

L'analyse de ce processus appelle les deux observations suivantes : une stabilisation des volumes semble observée depuis 2020 ; l'effort de rationalisation des effectifs enregistré jusqu'à présent apparaît sensiblement moins que proportionnel à la diminution des flux traités. Toutefois il devrait être amplifié par le projet Pleaide déployé à compter de 2022 (concentration de la scannerisation des courriers postaux sur quelques plateaux dans le cadre de la mutualisation de cette activité).

- L'accueil physique : les effectifs affectés à cette fonction ont été réduits de 1078 entre 2017 et 2021 (3 860 à 2 782 ETP), soit une baisse de 28%, ce qui en fait un processus très fortement contributeur à l'effort d'efficience. Cette évolution est la résultante d'une diminution particulièrement prononcée de l'accueil physique, amorcée bien avant la crise sanitaire et amplifiée à l'occasion de cette dernière (de 12,8 M de personnes accueillies en 2018 à 8,8 M en 2019 puis à 4,5 M en 2021). On observera toutefois une stabilisation des pratiques depuis 2020, autour de 350.000 à 400.000 accueils mensuels en moyenne.

3.2.2.2 La contribution des fonctions support à la trajectoire d'efficience

- La fonction achats : les effectifs affectés à cette fonction ont été réduits de 211 entre 2017 et 2021 (778 à 567 ETP), soit une baisse de 27%, ce qui en fait un processus fortement contributeur à l'effort d'efficience.
- La gestion immobilière : l'évolution des effectifs affectés à la gestion immobilière affiche sur la période une courbe assez proche de celle de la fonction achats : - 244 ETP, soit 32,5% des effectifs de 2017 (751).
- Le pilotage de la performance : dans le contexte, l'évolution des effectifs dédiés au pilotage de la performance mérite d'être signalé. Il s'inscrit en rupture assez nette avec l'évolution des autres fonctions support présentées ci-dessus. Les effectifs dédiés sont ainsi passés de 1430 en 2017 à 1695 en 2021, soit une augmentation de 265 ETP (+18,5%). Cela s'explique probablement par la nécessité de plus en plus exigeante dans lesquelles les caisses se sont trouvées d'atteindre les objectifs d'efficience, et le besoin ressenti de renforcer le pilotage de la performance. Lorsque simultanément, certaines fonctions de production affichent des indicateurs de qualité très dégradés, cette évolution différenciée n'est pas neutre.

¹⁶⁶ Les effets du déploiement du processus Pléiade de centralisation de la gestion des courriers reçus par le canal postal ne produira d'effets qu'à partir de 2022 puis au cours des années suivantes selon le rythme de déploiement qui sera retenu.

Le cas particulier de la gestion de la fonction RH dans le contexte de la crise sanitaire

Les effectifs dédiés au sein des caisses primaires à la gestion des emplois, des carrières et à la formation ont connu une évolution très contrastée au cours de la COG : de 2017 à 2020, ils ont baissé de 112 ETP (-7%) avant d'augmenter de + 284 pour atteindre 1774 ETP (+19%) en 2021 en lien avec les besoins RH dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire. L'évolution des effectifs dédiés en 2022 et 2023 sera à suivre avec attention, en fonction de l'évolution de la situation sanitaire et des missions qui seront ou non dévolues à l'assurance maladie.

3.2.2.3 Des activités aux effectifs préservés

[54] L'accompagnement des offreurs de soins et la lutte contre la fraude constituent deux processus métiers que les caisses ont fait le choix de préserver des réductions d'effectifs au cours de la période, sans lien trop marqué avec la crise sanitaire mais plutôt avec la mise en œuvre des orientations de politique générale de l'assurance maladie.

- Les effectifs dédiés à l'accompagnement des offreurs de soins sont restés très stables sur toute la période (de 1246 à 1259 ETP de 2017 à 2021) ;
- Si ceux consacrés à la lutte contre la fraude affichent également une quasi stabilité (de 937 à 909 ETP (-3%)), on relèvera toutefois deux périodes distinctes : un renforcement initial des effectifs entre 2017 et 2019 (+ 132 ETP, 14%) avant une baisse pendant la période de la crise pendant laquelle certaines activités de contrôle ont été temporairement suspendues (160 ETP, -15% de 2019 à 2021).

3.2.2.4 Des renforts d'activités ciblées sur trois activités particulièrement sensibles qui nécessiteront un suivi attentif au cours de la dernière année de la COG ainsi que dans la perspective de la prochaine

- Le règlement des IJ maladie, maternité et paternité : les effectifs affectés à cette fonction ont augmenté à compter de 2020 en lien avec l'augmentation de la charge pendant la crise sanitaire : de 2980 ETP à 3309 en 2021 : +329 ETP, 11%. On relèvera qu'en dépit de ces renforts d'effectifs et de l'amélioration de la productivité du processus entre 2017 et 2021 (+11,5%), l'augmentation de la volumétrie des arrêts prescrits au cours de la période a été telle (+23,8%) qu'elle a entraîné une détérioration des délais moyens de liquidation des IJ. Ce processus constitue un point de vigilance majeur pour la dernière année de la COG que pour la prochaine COG (Cf. l'annexe qui lui est dédiée).

On relèvera par ailleurs qu'en complément des ressources dédiées à la gestion des IJ maladie, l'assurance maladie mobilise également des effectifs pour la gestion des IJ AT/MP. Contrairement aux équipes en charges des IJ maladie, les effectifs dédiés aux IJ AT/MP ont diminué régulièrement entre 2017 (719) et 2021 (661), soit - 58 ETP (-8%) et qu'avec une volumétrie quasiment stable, la productivité s'est améliorée sur la période de 7,6%

Au total, les effectifs affectés à la gestion des IJ s'élevaient en 2021 à près de 4.000 ETP (3970).

- La prise en charge des appels téléphoniques : cette activité a connu une évolution contrastée au cours de la COG, qu'il s'agisse de sa volumétrie comme des effectifs dédiés.
 - De 2017 à 2019, les effectifs consacrés à l'accueil téléphonique de niveau 1 ont diminué de 2.700 à 2591 (109 ETP ;4%). De 2019 à 2021, ils ont augmenté 550 ETP pour s'établir à 3141 (soit + 21,2%). Sur la période 2017/2021, la progression s'est élevée à +441 ETP (16,3%), dont une partie en CDD.
 - Les appels reçus en plateformes d'appels ont connu une évolution semblable en tendance mais pas en proportion : ils ont diminué en début de COG (de 18,6 M en 2018 à 17,8 M en 2019 avant de connaître une évolution très dynamique à compter de 2020 (sous l'effet conjoint de l'intégration des régimes et de la crise sanitaire, avant d'exploser depuis le début de l'année 2022 : de 1,9 M d'appels en moyenne par mois en 2020 (22,6 M sur l'année) à 3,7 M d'appels en moyenne par mois depuis le début de l'année. La volumétrie d'appels pris en charge a augmenté de 50% entre 2018 et 2021 et de 130% entre 2018 et le 1^{er} semestre 2022.
- La Complémentaire santé solidaire : les effectifs affectés à cette fonction ont augmenté de 12 % (+177 à 1646 ETP en 2021) au cours de la période essentiellement entre 2019 et 2020 avant de décroître légèrement en 2021. Cette augmentation des ressources dédiées s'explique, en dépit d'une légère amélioration de la productivité (+ 6,1%), par l'augmentation soutenue de l'activité : + 18,7% de dossiers de C2S traités entre 2017 et 2021 (près de 3,7 M de dossiers traités en 2021).

[55] Dans ces trois cas de figure, les gains de productivité se sont révélés insuffisants au regard de la dynamique d'activité particulièrement soutenue.

Le cas particulier de l'accompagnement en santé dans le contexte de la crise sanitaire

Ce processus se caractérise par une augmentation des moyens dédiés au cours de la COG marquée par deux périodes distinctes :

. Une augmentation particulièrement nette des moyens consacrés entre 2017 et 2019, de 1116 à 1368 ETP (+252 ETP, + 22,5% quand le tendanciel était de - 2,5% par an). Ce soutien traduit la volonté des caisses de renforcer les moyens mobilisés, au sein des MAS notamment, pour répondre aux enjeux d'accès aux soins ;

. Une explosion des effectifs affectés à compter de 2020 dans le cadre du déploiement du contact tracing, de 1368 à 5928 ETP en 2021. Ces renforts étant majoritairement composés de CDD et d'intérimaires, l'évolution des ressources consacré à ce processus métier devra faire l'objet d'un suivi attentif en sortie de crise afin d'apprécier à quel niveau les moyens consacrés à l'accompagnement en santé se situeront à l'avenir.

3.2.2.5 Synthèse et projection des tendances pour 2022

[56] Le tableau ci-dessous résume les évolutions d'effectifs constatées entre 2017 et 2021 sur 14 des 15 processus métiers analysés dans la présente partie (hors données relatives à l'accompagnement en santé, très impactées par le contact tracing)¹⁶⁷.

¹⁶⁷ Les données relatives à l'accompagnement en santé n'ont pas été reprises dans le tableau au regard de l'impact massif de la gestion de la crise sanitaire sur les effectifs qui y sont dédiés, effectifs largement composés par ailleurs en 2021 de personnels en CDD/intérim, c'est-à-dire hors trajectoire des effectifs de l'AM.

[57] La mission a par ailleurs cherché à estimer la manière dont les effectifs rattachés à ces 14 processus pourraient évoluer au cours de l'année 2022, année du terme de la COG actuelle, selon des hypothèses (fil de l'eau, stabilité ou ajustements plus fins) précisées dans le tableau.

Cet exercice de projection met en évidence un gain potentiel légèrement supérieur à 500 ETP en 2022 au sein des CPAM, à rapprocher de la restitution de 1943 ETP attendue de l'assurance maladie au titre de l'année 2022. Il s'agit d'un exercice à interpréter avec précaution : il n'inclut par tous les gains d'efficience possibles au sein des CPAM¹⁶⁸ ni au sein des autres structures de l'assurance maladie. Cela permet néanmoins de mesurer la part que les gains d'effectifs dégagés sur ces processus permettraient d'apporter, sous les hypothèses retenues, à l'effort d'efficience global attendu pour 2022 ; cette part serait à peine supérieure à 25%.

¹⁶⁸ Il porte toutefois sur les processus métiers qui ont été considérés comme potentiellement les plus contributeurs aux gains d'efficience

Tableau 12 : Synthèse de l'évolution d'une sélection de processus métiers au cours de la COG

Evolution des effectifs dédiés aux principaux processus métiers des caisses primaires sur la durée de la COG							
Processus	Effectifs					Pour mémoire Données d'activité / Productivité 2017/2021	Observations
	2017	2021	Solde	Evolution	Hypothèse 2022		
Gestion des bénéficiaires	3079	2447	-632	-20,50%	2321 <i>Fil de l'eau</i>	Gain de productivité : 34,3%	
Accueil physique	3860	2782	-1078	-28%	2587 <i>Fil de l'eau</i>	Baisse activité : 12,8 à 4,5 M d'accueils	Volume de l'accueil physique potentiellement stabilisé depuis 2020 mais réduction d'effectifs dédiés poursuivies
Gestion des FSE	2346	2105	-241	-10,20%	2051 <i>Fil de l'eau</i>	Gain de productivité : 45,4%	
Gestion des FSP	2074	1656	-418	-20%	1573 <i>Fil de l'eau</i>	Gain de productivité : 17,5/28,5% Baisse volumétrie : 14,4%	
Gestion du courrier papier	3197	2370	-827	-25,80%	2217 <i>Fil de l'eau</i>	Baisse volumétrie : 50%	Déploiement du processus Pléiade à achever
Fonction achats	778	567	-211	-27%	528 <i>Fil de l'eau</i>		Scénario fil de l'eau encore tenable ?
Gestion immobilière	751	507	-244	-32,50%	466 <i>Fil de l'eau</i>		Scénario fil de l'eau encore tenable ?
Pilotage de la performance	1430	1695	265	18,50%	1773 <i>Fil de l'eau</i>		
Fonction RH	1602	1774	172	10,70%	1632 <i>Réduction de 50% de la hausse 2021</i>		Hypothèse d'un tassement des besoins liés à la gestion de crise
Accompagnement des offreurs de soins	1246	1259	13	1%	1259 <i>Scénario stabilité</i>		
LCF	937	909	-28	-3%	909 <i>Scénario stabilité</i>		
Règlement des IJ maladie, maternité, paternité	2980	3309	329	11,00%	3450 <i>Scénario d'une légère hausse des moyens dédiés</i>	Gain de productivité : 11,5%	Hypothèse d'un arrêt de l'augmentation de la volumétrie à compter de la fin du 1er semestre et d'un léger renforcement des ressources 2021 pour la résorption du stock et la réduction des délais de paiement
Accueil téléphonique de niveau 1	2700	3141	441	16,30%	3250 <i>Scénario d'une légère hausse des moyens dédiés</i>		Augmentation forte de la volumétrie des appels reçus depuis 2020 (+50%) ; explosion depuis le début de l'année 2022 en lien avec la très forte dégradation des délais de règlement des IJ
Gestion C2S	1469	1646	177	12%	1646 <i>Scénario stabilité</i>	Gain de productivité : 6,1% Baisse volumétrie : 18,7%	

Source : Mission IGAS

3.3 Quelques éléments de synthèse conclusive à date

[58] La trajectoire de la COG a été mise en œuvre dans un contexte exceptionnel qui rend d'autant plus marquant son respect. Plusieurs facteurs de différents ordres ont pu contribuer au respect de la trajectoire, sans que la mission ne puisse, à ce stade de ses travaux, se prononcer de façon certaine ; à ce stade il s'agit d'hypothèses :

- Un pilotage rigoureux par la CNAM des effectifs du réseau et des objectifs assignés à ce dernier, avec une grande réactivité pour ajuster l'organisation des moyens à la charge, en usant de tous les leviers possibles pour tenter d'amortir le choc sur le réseau (TRAM, Phare, task force IJ, CDD ...).
- Des gains de productivité sur certains processus qui dans certains cas ont été accompagnés par des changements d'outils ou d'organisation (comme la gestion du dossier assuré, les IJ TI, la C2S ou les achats) et d'autres cas moins ou pas (comme pour les IJ TS)¹⁶⁹.
- Des baisses d'activité sur certaines missions (cf baisse des feuilles de soins papier, des courriers, de l'accueil physique).
- Probablement quelques marges dégagées d'une part sur les salariés des régimes intégrés qui n'ont pas rejoint le régime général et d'autre part par les gains d'échelle liés à l'intégration, même si on manque de recul sur ce point.
- L'apport des CDI de crise, affectés à l'ensemble des CPAM à compter de 2021 qui a permis de leur donner un peu d'oxygène dans un contexte de très forte pression.

[59] Mais le décalage massif entre charge et ressources, sur certains processus majeurs (IJ, appels téléphoniques et courriels), sans ajustement des moyens à la mesure, s'est également traduit par une dégradation du service rendu comme en témoignent les délais de traitement des IJ et la dégradation de l'accueil téléphonique, qui risque de peser sur le début de la prochaine COG et doit être prise en compte dans la gradation des efforts attendus.

4 Premiers éléments d'éclairage à date sur le contexte et les paramètres de la trajectoire de la prochaine COG

[60] La mission n'ayant pas achevé ses travaux, les développements ci-dessous correspondent à de premières éléments d'éclairage et de réflexion à date, nourris par les autres documents d'étape préparés par la mission pour ses commanditaires (sur la dimension numérique, sur les IJ et sur l'organisation territoriale du réseau). Ces analyses seront approfondies et actualisées en fonction des documents reçus, en vue du rapport final.

¹⁶⁹ Voir plus de détail dans le document de point d'étape sur le volet numérique et SI

4.1 Un contexte de début de COG encore marqué par la crise et ses suites, un juste équilibre charge/ressources plus délicat à atteindre au fil des COG

[61] **La première année de la COG 2023-2027 sera probablement encore marquée par la crise** : impact « hérité » sur l'activité (stocks probables d'IJ à traiter et possible mise sous pression du front office), tensions sur les équipes les plus sollicitées, incertitudes sur l'évolution du virus qui risquent de peser au cours de l'hiver prochain. Ce contexte aura à être pris en compte finement dans la mise en œuvre de l'avenant 1 de la COG qui prévoit une restitution des 900 ETP CDI en 2023 « si les circonstances le permettent » ; il pourrait justifier une restitution lissée au-delà de 2023 et/ ou un profil de la trajectoire à venir différencié entre le début et la fin de période, en ajustant le niveau d'effort du démarrage de la COG.

[62] A noter aussi que les marges de réductions des effectifs dans le cadre de la COG à venir, dépendront aussi des modalités d'atterrissage de la COG actuelle : si la marche de restitution de 1 943 ETP est atteinte en 2022, cela pourrait réduire les marges de réduction en tout début de COG, en l'attente de leviers d'efficience mis en œuvre en cours de COG.

[63] Comme pour toutes les COG, un équilibre charges/ressources sera à trouver en conjuguant plusieurs paramètres :

- L'accomplissement de ses missions par l'assurance maladie ainsi potentiellement que le développement d'activités ou de missions nouvelles ou renforcées portées par la prochaine COG (comme le renforcement de l'«aller vers » ou la lutte contre la fraude ou l'accompagnement des professionnels de santé en lien notamment avec la future convention médicale).
- Les cibles de qualité de services retenues dans la COG et l'objectif d'une atteinte harmonisée sur le territoire dans un contexte d'hétérogénéité des contextes territoriaux.
- La dynamique des activités liée à des facteurs « exogènes » vu depuis la CNAM (démographie, réformes nationales),
- La nécessaire recherche d'efficience dans un contexte budgétaire global dégradé,
- Les leviers de productivité (outils de gestion, téléservices, évolutions organisationnelles) qui sont opératoires sur la durée de la COG réduire les effectifs nécessaires pour réaliser les missions.
- Le cas échéant des créations d'emplois visant à diminuer les dépenses de fonctionnement (ré-internalisation de certaines tâches dans le champ des SI) ou à réduire les dépenses de soins et de prestations (stabilisation voire augmentation des équipes dédiées à la lutte contre la fraude et à la GDR).

[64] Cet équilibre sera d'autant plus délicat à fixer que les pistes d'amélioration de la performance seront encore existantes mais probablement moins puissantes que ce qui a pu être observé antérieurement du fait de l'érosion ou l'épuisement des leviers « historiquement » les plus massifs (déploiement de la feuille de soins électronique, mise en place de la carte Vitale, baisse de l'accueil physique et réorganisations territoriales). Par ailleurs les efforts d'efficience réalisés au fil des COG finissent par éroder les marges de manœuvre.

Or l'analyse de l'évolution des effectifs par processus sur la durée de la COG montre que plusieurs processus importants en effectifs ont vu ces derniers baisser sensiblement : -20 % pour la gestion des bénéficiaires ou la gestion des feuilles de soins papier, - 28% sur l'accueil physique, - 25 % sur la gestion du courrier papier. Seules la gestion des IJ et de la C2C ont connu une croissance des effectifs du fait de volumes d'activités en forte hausse.

[65] En conséquence plus le niveau d'exigence sera élevé en restitution de postes, plus les objectifs en termes de qualité de service et de nouvelles activités devront être pesés et le profil temporel de la COG ajusté aux leviers de performance identifiés. Par ailleurs si des réformes majeures étaient décidées en cours de COG, pour améliorer la couverture santé des assurés par exemple, la question de leur impact sur la trajectoire se posera.

4.2 Une perspective de baisse des départs à la retraite qui ne facilite pas la mise en œuvre des restitutions d'effectifs

[66] La CNAM a réalisé de premières hypothèses sur les fondamentaux de la COG en termes de départs à la retraite et de turn-over.

[67] Les départs à la retraite devraient être en forte baisse par rapport à la COG précédente du fait de différents paramètres :

- Des salariés de 56 à 59 ans moins nombreux en 2022 qu'en 2017 (-2 565).
- La poursuite de la tendance à l'augmentation de l'âge moyen de départ à la retraite (âge différencié par catégories de personnels), avec l'hypothèse d'une réforme des retraites augmentant progressivement l'âge minimal de départ jusqu'à 64 ans en 2028.

Tableau 13 : Prévisions d'âge de départ à la retraite par catégorie professionnelle

		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Age moyen des départs	Employés et cadres, informaticiens	61,4	61,5	61,6	61,7	61,9	62,0	62,3	62,6	63,1	63,5	64,0
	Agents de direction	64,0	64,4	65,0	64,6	63,7	64,0	64,7	64,9	64,7	64,8	64,8
	Praticiens conseils	64,9	65,4	64,4	65,3	65,2	66,1	66,1	66,3	66,4	66,4	66,5

Source : CNAM

[68] Ces estimations conduisent à de premières hypothèses d'une cible haute à 7500 et d'une cible basse à 6800 (soit 10 % d'écart) de départs à la retraite sur la durée de la prochaine COG ; ces deux hypothèses sont très sensiblement en retrait par rapport aux 11 300 départs effectifs enregistrés dans la COG actuelle.

Tableau 14 : Prévisions de départs à la retraite pour la COG 2023-2027

Retraite en ETP	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Fourchette	Fourchette
							Haute	Basse
							cog 2023/2027	cog 2023/2027
Employés et cadres, informaticiens	2 036,15	1 693,81	1 552,26	1 353,63	1 176,44	1 102,65	6 878,79	6 190,91
Agents de direction	27,38	27,27	28,10	28,16	30,18	28,88	142,59	142,59
Praticiens conseils	103,08	82,65	89,38	94,50	95,92	94,87	457,32	457,32
TOTAL	2 166,61	1 803,73	1 669,74	1 476,29	1 302,54	1 226,40	7 478,70	6 790,82

Source : CNAM

[69] S'agissant du turn-over, les hypothèses sont également en baisse en valeur absolue du fait de la baisse globale des effectifs. L'hypothèse CNAM est établie sur le calcul suivant : moyenne des départs observés entre 2018 et 2020, déduction faites des mutations inter branches et application d'une diminution de 2 % par an afin de prendre en compte la diminution globale des effectifs, soit une estimation de 6 282 départs sur la durée de la COG, versus les 8 500 constatés sur la COG actuelle.

Tableau 15 : Prévisions de turn-over

	2023	2024	2025	2026	2027	TOTAL COG
Turn over	1 307,87	1 281,71	1 256,08	1 230,96	1 206,34	6 282,96

Source : CNAM

[70] Il pourrait s'agir d'une hypothèse prudentielle puisqu'elle n'intègre pas l'année 2021, potentiellement atypique du fait de la crise et qui a enregistré un nombre de départs élevés (près de 1970 départs) soit une moyenne 1720 départs de 2018 à 2021 contre 1636 départs en moyenne entre 2018 et 2020.

[71] Sur la base de l'hypothèse basse de départs à la retraite, la CNAM a fait une première estimation du taux de remplacement des départs à la retraite auquel conduiraient deux hypothèses « théoriques » de réduction de postes. Même si le taux de remplacement des départs à la retraite est réducteur par rapport au flux de départ et qu'il ne constitue plus qu'un indicateur indicatif, il permet d'éclairer une partie de la construction de la trajectoire et déclinaison sur le réseau. Cela conduit aux résultats suivants avec les deux hypothèses de - 6000 ou - 4000 ETP (dont la restitution de 900 postes de contact tracing) :

- A moins 6000 postes, 11,65 % des départs à la retraite seraient remplaçables (dont moins de 1 % dans les CPAM) (contre 44,5 % sous la COG actuelle) ; le rendu de poste sur la durée de la COG s'élèverait à 9,6 %.
- A moins 4 000 postes, le taux de remplacement s'élèverait à 41,1 % au global (mais 33,9 % dans les CPAM) et le rendu de postes sur la durée de la COG à 6,26 %.

Tableau 16 : Hypothèses de restitution de postes

	DÉPARTS RETRAITE hypothèse basse <i>Estimation DBGA</i>	Hypothèse à 4 000 rendu				Hypothèse à 6 000 rendu			
		RESTITUTION 4000 POSTES <i>Répartition DBGA</i>	POSSIBILITE RECRUTEMENT SUR LES RETAITES	Rendu de poste période COG		RESTITUTION 6000 POSTES <i>Répartition DBGA</i>	POSSIBILITE RECRUTEMENT SUR LES RETAITES	Rendu de poste période COG	
CNAM	294,95	153,56	141,39	47,9%	6,4%	230,34	64,61	21,9%	9,6%
CPAM	4 546,85	3 007,49	1 539,36	33,9%	6,4%	4 511,24	35,61	0,8%	9,6%
CGSS	320,51	204,94	115,57	36,1%	6,4%	307,41	13,10	4,1%	9,6%
CTI	73,66	37,24	36,42	49,4%	6,4%	55,86	17,80	24,2%	9,6%
DRSM/PA	648,81	342,45	306,36	47,2%	6,4%	513,67	135,14	20,8%	9,6%
DRSM/PC	439,09	0,00	439,09	100,0%	0,0%	0,00	439,09	100,0%	0,0%
CARSAT	466,95	254,33	212,62	45,5%	6,4%	381,49	85,46	18,3%	9,6%
TOTAL	6 790,82	4 000,00	2 790,82	41,10%	6,26%	6 000,00	790,82	11,65%	9,39%

Source : CNAM

[72] Si l'on retenait l'hypothèse haute de départs à la retraite faite par la CNAM (7 478 départs), le taux de remplacement des départs à la retraite s'élèverait à 20 % en cas de suppression de 6 000 ETP ce qui reste difficilement envisageable, et à 46,6 % dans l'hypothèse haute de départ à la retraite (estimation mission).

[73] Les restitutions de postes seront adossées également sur le turn-over en complément des départs à la retraite. Toutefois comme observé sous la COG actuelle, ce dernier affecte de façon inégale les caisses en touchant davantage celles implantées dans les bassins de vie et d'emploi dynamiques et celles gérant la relation client, avec un risque pour la qualité de services et plus de difficultés en termes de GEPC.

[74] A – 3000 ETP dans les CPAM sur la prochaine COG, la CNAM a estimé que 19 % seraient en « situation critique » sans aucune possibilité de remplacement des départs à la retraite, 53 % en « situation difficile » du fait d'un taux de départ inférieur à 40 %, et 28 % en « situation correcte ».

[75] Le point de vigilance à tirer selon la mission de ces premières simulations effectuées par la CNAM, tient donc à l'impact des scénarios de trajectoire sur les CPAM, compte tenu de leur poids dans les départs à la retraite (2/3) inférieur à celui dans les effectifs du régime (75 %).

4.3 A défaut de disposer d'un levier massif d'efficience, un ensemble de pistes sont susceptibles d'apporter des gains de productivité mais leur impact est difficile à quantifier faute de sources chiffrées et du fait d'incertitudes sur le calendrier

[76] La mission a cherché à identifier les leviers de productivité permettant de gagner en effectifs. En préalable elle tient à souligner qu'en cherchant à les quantifier, elle s'est heurtée à l'absence ou à la maigreur des évaluations d'impact chiffrées, y compris sur des projets numériques très structurants et coûteux (cf. la note d'étape sur la dématérialisation et les SI). Un objectif d'amélioration des pratiques sur ce point gagnerait à être intégré à la prochaine COG, la CNAM ayant probablement la capacité à développer la méthodologie nécessaire.

Proposition n°2 : prévoir dans la prochaine COG que les projets numériques, en cours ou à lancer, fassent l'objet d'estimations d'impact chiffrées (en particulier en termes de gains d'efficience), transmises aux tutelles et ajustables en cours de COG si nécessaire.

La mission a toutefois pu bénéficier, en complément de ses propres analyses, de « macro-hypothèses à date » effectuées par la CNAM sur les trends de charges et perspectives de gains en ETP pour la prochaine COG, qui ne concernent cependant pas tous les processus. Les analyses en grandes tendances développées ci-après, pourront être affinées ou ajustées dans le rapport final selon les éléments complémentaires qu'elle pourra obtenir.

4.3.1 Le chantier des IJ sera déterminant en termes d'efficience et de qualité de service dans le cadre de la prochaine COG

[77] En premier lieu, la mission tient à insister sur l'enjeu majeur que constitue la gestion des IJ en termes à la fois d'efficience, de besoins RH en back et front office et aussi en termes de qualité de service pour les assurés sur un processus essentiel (cf. note d'étape sur les IJ). Face à une croissance tendancielle du volume des IJ amenée à se poursuivre et aux stocks accumulés, il est indispensable que tous les leviers susceptibles de permettre des gains en efficience et en qualité soient activés dans des délais non extensifs, si l'on souhaite un impact sur la future COG.

[78] La mission s'attachera à estimer d'ici à la présentation du rapport final, les gains d'effectifs susceptibles d'être dégagés, directement (ressources dédiées à la gestion du processus IJ) et indirectement (ressources mobilisés au titre des IJ dans l'activité des différents canaux de contact).

Les leviers à articuler dans le plan d'action en cours d'élaboration par la CNAM en lien avec la DSS sont pluriels et chacun constitue un chantier de travail : livraison d'ARPEGE TS, généralisation de la télétransmission des avis d'arrêts de travail, recours fortement accru à la DSN événementielle respect effectif de la transmission des données de salaires de la part des employeurs, développement de la subrogation, amélioration des conditions de traitement des IJ des assurés en situation de travail « atypique », simplifications réglementaires. Seule l'activation de l'ensemble de ces leviers permettra de traiter des flux d'IJ structurellement en croissance à effectifs constants voire en baisse en fin de COG (à minima pour le recours aux CDD et à l'entraide, ainsi que sur le front office), tout en améliorant des délais de règlement aujourd'hui trop longs.

[79] Or à ce stade le contenu et le calendrier du plan d'action restent à finaliser, avec un flou sur l'horizon du déploiement d'ARPEGE et des simplifications réglementaires qui restent à arbitrer. **Ce programme ambitieux doit donc être traité comme la priorité de la prochaine COG, en termes d'engagements aussi bien de la CNAM que de l'Etat.**

4.3.2 Les principaux leviers d'efficience relèvent des SI et des téléservices, avec des mises en services et montée en puissance étalées sur la durée de la prochaine COG

[80] Les principaux leviers d'efficience ressortent d'une part des SI métiers et d'autre part des téléservices aux assurés, aux entreprises et aux professionnels de santé. A noter que la plupart de ces leviers ne seront pas « à plein » dès le début de la prochaine COG et/ou monteront en puissance progressivement du fait de questions de déploiement et/ou d'évolution des comportements des utilisateurs potentiels.

[81] A ce titre, il convient de poursuivre dans les négociations de la prochaine convention médicale, le lien déjà amorcé entre usage des téléservices et rémunération des médecins, notamment en intégrant dans le volet 1 du forfait structure de la ROSP certains éléments figurant dans le volet 2, au titre de l'avenant 9 de la convention. De même il conviendra d'intégrer à chaque prochaine négociation avec les différentes professions l'enjeu de la dématérialisation et d'usage des téléservices. Deux conditions doivent en effet être réunies pour que les téléservices produisent les effets attendus en termes d'efficience : leurs conditions de conception et de livraison mais également leur niveau d'appropriation et d'utilisation de la part des professionnels de santé comme des assurés

[82] A ce stade de ses travaux non encore complètement aboutis, selon la mission, les tendances en matière d'effets d'efficience attachés aux leviers SI et numériques sont les suivantes, moins « quelques rivières » que des « petits ruisseaux » attachés à une pléiade de projets :

- Les téléservices vont continuer à produire de l'efficience mais à une échelle plus marginale que la révolution de Sésame Vitale :
 - Du côté des professionnels de santé, les gains restants en matière de passage de la feuille de soins papier à la feuille de soins électronique sont désormais marginaux mais la e-carte Vitale supposée être déployée d'ici 2024 ainsi que la perspective d'une saisie en ligne sur Ameli par les assurés de leurs feuilles de soins papier, devraient y contribuer (en cas d'oubli de la carte vitale, cela évitera une feuille de soins papier).

- Un recours renforcé par les médecins au télé-service pour l'envoi des arrêts de travail (cible de 90 % en 2024 dans la convention médicale contre moins de 60 % aujourd'hui) fait partie des leviers d'efficience et de rapidité du processus IJ.
 - La e-prescription, supposée être généralisée en 2024 mais en retard, est perçue par la CNAM et la DSS essentiellement comme un levier d'amélioration de la GDR. La mission n'exclut pas qu'elle puisse apporter des gains d'efficience grâce à la simplification de la gestion des pièces justificatives et à des contrôles embarqués au moment de la prescription, en évitant certains indus.
 - Du côté des entreprises, la DSN événementielle constitue elle-aussi, un levier majeur d'amélioration du processus des IJ non subrogées et apportera vraisemblablement encore des gains d'efficience.
- SI métiers et de gestion
 - ARPEGE TS est l'un des projets majeurs de la prochaine COG ; aucune étude chiffrée de l'impact d'ARPEGE en termes d'effectifs n'a été transmise à la mission ; La CNAM dans ses « macro-hypothèses » estime toutefois que la conjonction d'ARPEGE et de la poursuite de la dématérialisation (AAT en ligne et DSN), pourrait générer des gains d'ETP, à tempérer toutefois en termes de volume et de temporalité sur la durée de la COG, par la dynamique des IJ, la nécessité de rejoindre des standards de qualité corrects et le calendrier de déploiement des projets.
 - Pour d'autres outils métiers déjà déployés sur la présente COG (PUMA, INDIGO pour la C2S), certaines améliorations fonctionnelles restent à faire sur la prochaine COG, en particulier en termes de contrôles embarqués et de poursuite des injections automatisées de ressources (revenus et revenus de remplacement). Mais un pas important a été fait depuis janvier 2022 avec l'injection automatique dans INDIGO de données de ressources au titre de la CNAF et Pole emploi grâce à PASRAU.
 - Face aux délais d'évolution des SI métiers, la CNAM mise sur les assistants digitaux « nouvelle génération ». Les outils Proweb de première génération auraient permis de faire d'ores et déjà un gain de 475 ETP et leur généralisation permettrait de faire quelques gains encore. Surtout la mise en place de PANDA (plateforme d'assistants digitaux) avec les outils UIPATH, devrait permettre à compter de la prochaine COG de traiter des processus plus complexes sur la base d'une vingtaine de scénarios. A ce stade la CNAM n'a pas chiffré les gains, qui pourraient être toutefois significatifs.
 - La poursuite du programme de facturation individuelle des établissements de santé s'étendra sur toute la COG à venir et devrait générer des gains pour les établissements comme pour la CNAM (mais de rejets). Un champ potentiellement important de gains de productivité résiderait dans la transmission dématérialisée de l'équivalent des arrêts de travail liés à des hospitalisations ; mais il s'agit d'un chantier à préparer sous la COG prochaine pour la COG suivante; pas de gains significatifs à en attendre

[83] Avec toutes les limites méthodologiques déjà pointées, les fortes incertitudes attachés aux calendriers de déploiement et sur un périmètre partiel, les premières estimations donnent des ordres de grandeur des gains d'efficience liés aux outils numériques (plus Pleiade évoqué ci-après) de l'ordre de 1450 (premières hypothèses fournies par la CNAM) à 2 000 ETP estimés par la mission. La mission poursuivra pour le rapport final ses efforts d'estimation en lien avec la CNAM.

4.3.3 Des gains limités à attendre de la poursuite de la mutualisation et de la réorganisation du maillage territorial du réseau, sauf à remettre en cause le modèle de CPAM « généralistes ».

[84] Les gains liés à la réorganisation du maillage territorial et à la poursuite de la mutualisation des activités semblent devoir être plutôt faibles sans être nuls (cf note d'étape sur l'organisation territoriale du réseau et la mutualisation).

[85] En termes de mutualisation :

- Sur la base des travaux de la mission déléguée 34 relative au bilan de la mutualisation et de ses déplacements, la mission estime qu'il semble non pertinent d'étendre sensiblement le processus important de mutualisation qui a été structuré lors de la COG 2013 -2017 et renforcé dans la présente COG.
 - Des processus à gros effectifs concernant des activités de production (FSP, FSE ...) ou de relation clients (accueil téléphonique, courriels) ont été déjà mutualisés avec des gains de productivité conséquents, liés pour partie au changement concomitant d'outils de gestion.
 - Il ne semble pas envisageable de procéder à la mutualisation des autres processus de production à gros effectifs (cf les IJ, C2S), très liés au cœur de métier des CPAM et dont les leviers de productivité se situent moins dans la mutualisation que dans l'amélioration de leurs outils de gestion (en cours sur C2S, à venir sur les IJ).
 - Par contre des extensions ciblées de la mutualisation semblent à étudier pour couvrir de façon plus complète des processus déjà concernés (les établissements) ou traiter quelques fonctions expertes, avec des enjeux de qualité et de continuité de service.
- Compte tenu de la hausse de l'activité d'une part, de la fragilité en termes RH des grandes plateformes clients, un mouvement de « démutualisation » partielle a été engagé pour une partie de la relation clients (création de pôles d'appui aux côtés des plateformes EPTICA), que la CNAM envisage d'étendre partiellement à l'accueil téléphonique.
- La généralisation de Pléiade (numérisation des courriers postaux) est prévue d'ici fin 2022, avec le passage de 2 à 4 plateformes de traitement concentrant les flux de tous les départements. Les gains de productivité du projet global avaient été estimés à 550 ETP par la CNAM ; une partie de ces gains probablement a déjà été effectuée ou le sera sur le début de la COG suivante. Une transposition de ce type de démarche aux courriers non postaux déposés en CPAM (le même volume que les courriers postaux) est plus complexe en termes organisationnels mais pourrait constituer une piste.

[86] En termes de maillage territorial :

- Des rationalisations importantes du réseau sont intervenues jusqu'en 2014, avec des réductions massives des effectifs consacrés à l'accueil physique. Dans un contexte politiquement sensible localement, des gains restent possibles mais modérés, dans le cadre d'un travail fin à mener d'une part dans certaines CPAM sur la rationalisation de leurs lieux permanents d'accueil et d'autre part plus largement sur l'adaptation des permanences « hors les murs » en articulation avec le déploiement massif des MFS. Toutefois si d'autres canaux (Compte Améli, mail, RDV téléphoniques) ont vocation à se

développer plus que l'accueil physique comme le prévoit la stratégie multicanal de la CNAM, les services doivent rester accessibles à un public ayant besoin d'un accueil et un accompagnement passant par la présence, comme l'indique la Défenseure des droits.

- Le développement des fusions de services dans une logique interbranche (mise en commun de services supports voire d'accueils) semble une voie nécessaire pour consolider dans la durée les CPAM et CAF de petite taille mais pas un levier de réduction de postes.

[87] En termes de mise en commun des fonctions supports, des gains conséquents ont été déjà réalisés comme en témoigne les baisses d'effectifs points en partie 3. Les démarches de mise en commun sont probablement à poursuivre conformément aux indications du rapport IGAS-IGF relatif aux enjeux communs des branches mais la mission n'a pas encore eu le temps d'approfondir ces sujets dans le prolongement de ce dernier.

[88] Tels sont les premiers éléments que la mission est en mesure de présenter à ce stade de ses travaux. Pour aller plus loin dans le rapport final dans l'identification des leviers d'efficience et de leur potentiel, la mission devra être en situation d'approfondir les aspects suivants : prévision d'« atterrissage » pour 2022, calendrier plus affiné et mesure d'impact des principaux projets numériques et des chantiers ressortant du plan d'action IJ, projection de charges et écarts de performance pour les principaux processus, analyse de la situation des fonctions supports, y compris dans leur dimension interbranche.